Nr. 30 i 31. 31. lipca 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Witold MITKUS. Warszawa.

Psychozy poporodowe.

Z kliniki psychjatrycznej Uniw. Warszawskiego.
Dyr.: Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz.

Przyczyną niniejszego zainteresowania się psychozami poporodowemi w ostatnich latach jest zmiana poglądów niektórych autorów na te jednostki chorobowe, wynikająca z gwałtownego rozszerzania się zakresu schizofrenji oraz z tendencji włączania psychoz poporodowych, do grupy schizofrenji lub psychozy man.-depresyjnej.

Dawniejsi autorzy dużo uwagi i prac poświęcali psychozom połogowym i laktacyjnym. Również usilnie starali się wytłumaczyć przyczyny i mechanizm powstawania tych psychoz.

Już Hipokrates zna psychozy poporodowe i pisze o nich: „*Mulieribus quibuscum ad mammas sanguis colligitur, maniam significat*" *). W innem zaś miejscu mówi, że lochia uderzają do głowy i może powstać majaczenie i podniecenie.

Opis kliniczny przebiegu psychoz połogowych i laktacyjnych, odpowiadający w przybliżeniu nawet współczesnym wymaganiom, dał Esquirol, który przyczyny powstawania tych psychoz upatruje w obarczeniu dziedzicznem i nadwrażliwości chorej.

Mackenzie uważa anemje za przyczynę psychoz poporodowych, Marcé poświęca psychozom poporodowym dużą monografię, dzieląc je na powstałe w okresie ciąży, w okresie połogu i w okresie karmienia. Wielką jego zasługą jest obalenie różnych teoryj powstawania tych psychoz, nie mających podstaw lekarskich, jak np. zatrzymanie się lochji, mleka i t. p. Naogół Marcé skłonny jest uważać za przyczynę powstawania psychoz poporodowych zaburzenia odżywiania w organizmie chorej, a także działanie sympatyczne macicy na mózg.

Ripping za główną przyczynę psychoz poporodowych uważa zmiany odżywiania i krążenia w organizmie matki, zachodzące w okresie ciąży i porodu.

Cambell Clarke podaje teorje zakaźnego pochodzenia psychoz poporodowych, uważając tę przyczynę prawie za wyłączną.

Wielu autorów tego okresu przytacza i inne przyczyny, jak eklampsję, zjawienie się pierwszych menses po porodzie, przeziębienie, pierworództwo i wiele innych.

Na właściwsze tory wchodzi sprawa psychoz poporodowych w ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego stulecia dzięki stworzeniu i określeniu przez Maynerta pojęcia amencji (splątania).

Według tego autora splątanie obejmuje objawy nie tylko bezładu, ale także manjakalne, depresyjne, a nawet stuporu z najróżnorodniejszemi ich poddziałami. Na zasadzie tego określenia splątania szereg autorów zalicza psychozy połogowe i laktacyjne do amencji, gdyż w tem określeniu widzą nietylko wszechstronne ujęcie różnych objawów klinicznych, istniejących w psychozach poporodowych, ale również przyczyny powstawania amencji odpowiadają przyczynom, które zdaniem ich wywołują psychozy poporodowe.

Kowalewskij w swej monografji o psychozach poporodowych mówi, że amencja zajmuje najważniejsze miejsce w psychozach poporodowych, że pochłonęła wszystkie wypadki manji i wiele przypadków melancholji, że ten stan faktyczny zupełnie tłumaczą podstawowe przyczyny powstawania psychoz poporodowych, mianowicie zakażenie, zatrucie, inanicja.

Również Żdanow w dużej monografji „Psychozy okresu poporodowego" określa je jako amencje. Ciekawa jest statystyka tego autora, obejmująca amencje poporodowe i amencje innego pochodzenia u kobiet, w której dochodzi do wniosku, że w obrazie klinicznym i przebiegu obu tych kategoryj splątań niema jaskrawych różnic.

Następny okres obejmują poglądy Kraepelina i Bleulera. Opinja tych autorów o psychozach poporodowych niewątpliwie dużo zaważyła na zmianie dotychczasowych poglądów na te jednostki.

*) Cytata z „Psychoses puerperales" Zdanowa.

Kraepelin sądzi, że te postaci psychoz połogowych, które wykazują przebieg burzliwy, majaczeniowy, mają za przyczynę utratę krwi, bóle oraz wpływ psychiczny i są stanami zamroczenia epileptycznemi lub histerycznemi. Inne postaci, uważa za katatonję lub psychozy man.-depr., które zdarzają się równie często, a okres poporodowy uważa za czynnik wyzwalający tkwiącą już chorobę. Jako dowód, że te jednostki nie mają głębszego związku z porodem, podaje, że mogą się powtarzać przy każdym porodzie, ale prawie zawsze występują i poza porodem, bądź to bez żadnej przyczyny, bądź z powodu jakiejś innej przyczyny.

Mówiąc o psychozie w laktacji, cytuje poglądy innych autorów, uznających za przyczynę powstawania tej psychozy wyczerpanie wskutek połogu i karmienia piersią, które sam jednak uważa za czynniki, tylko wyzwalające inną psychozę, mianowicie manjakalno-depresyjną (przeważnie depresję), i prawie tak samo często katatonję.

Bleuler, poświęcając psychozom poporodowym naogół niewiele miejsca, wprost odrzuca istnienie ich jako odrębnych jednostek chorobowych o swoistej etjologji, obrazie i przebiegu.

Cytując opinję autorów, którzy uważają za psychozy poporodowe te, które powstały przed upływem 6 tygodni po porodzie, a za laktacyjne te, które powstały w okresie karmienia, oraz stanowisko innych autorów, dających jedną nazwę psychoz poporodowych jednym i drugim, Bleuler wyraża się: „Właściwie psychoz poporodowych nie ma ani w szerokiem, ani wąskiem pojęciu tego słowa. W okresie poporodowym obserwuje się jakoby przypadki splątania na tle wyczerpania, utraty krwi i zakażenia. Moje doświadczenia wykazują, że prawie zawsze mamy do czynienia z powstawaniem lub zaostrzaniem się schizofrenji, wybuch zaś choroby można objaśnić przyczynami psychicznemi. Czasami poród może wywołać atak manjakalno-depresyjny. Psychozy okresu laktacji nie mają wielkiego znaczenia".

W innem miejscu, rozpatrując splątanie, ten sam autor mówi: „Jeżeli starannie oddzielić splątanie od otępienia wczesnego, to trzeba uważać splątanie u nas za rzadką chorobę. Możliwe jest, że w innych miejscowościach częściej obserwuje się, podobnie jak specjalne splątanie poporodowe w jednych miejscowościach obserwuje się w wielkiej liczbie, w innych rzadziej, jednakowoż różnica co do częstości zależy głównie od różnicy w poglądach na chorobę".

Mówiąc o przyczynach powstawania schizofrenji, podaje Bleuler, że ciąża i okres poporodowy może wyzwolić schizofrenję, tak samo, chociaż rzadziej, mogą ją wyzwolić ostre infekcje. Podobnież mówi o psychozie man.-depres.

Tak więc przytoczone poglądy Kraepelina i Bleulera, szczególnie tego ostatniego, mocno zwężają ramy amencji Maynerta i prawie zupełnie eliminują splątanie poporodowe, a szczególnie laktacyjne, zaliczając je do katatonji i psychozy manjak.-depresyjnej, w wypadkach zaś jaskrawo odbiegających od obrazu katatonji do epilepsji lub histerji.

K. Bonhoeffer z naciskiem podkreśla trudności odróżnienia stanów podniecenia manjakalnego w puerperium, albo w stanach gorączkowych od amencji.

Ostatnio ogłoszona praca amerykańskiego autora Stracker-Ebaugh „Psychoses in Puerperium" wygłasza pogląd, że pojęcie *psychosis puerperalis* nie wyraża żadnego obrazu klinicznego i nie powinno być używane, że każda psychoza może zjawić się w przebiegu lub w związku z porodem. Z podanych 50 przypadków psychoz po porodzie 18 zalicza do psychoz man.-depr., 17 do toksyczno-inanicyjnych, 13 do demencji praecox, 1 do porażenia postępującego, 1 do psychonerwic. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że z 18 psychoz man.-depr., w 6 przypadkach występowały ataki psychozy man. depres. bez związku z porodem, a we wszystkich przypadkach, rozpoznanych jako otępienie wczesne lub psychozy man. depresyjne, jeszcze przed wybuchem psychozy można było rozpoznać objawy, dowodzące chorobliwej konstytucji, to pozostanie właściwie tylko 17 przypadków, określonych jako psychozy toksyczno-inanicyjne, które możnaby rozpatrywać jako właściwe splątanie poporodowe. Autor podkreśla, że te ostatnie przypadki były wolne od ataków chorób umysłowych.

Odmienne stanowisko, niż Kraepelin i Bleuler, zajmują autorzy współcześni, którzy dzięki obserwacji wielkich epidemji

(grypa) oraz sytuacji zdrowotnej ostatnich lat w Rosji, wysunęli kwestję splątania znów na porządek dzienny, podając jej obraz, przypominający pierwowzór Maynertowski, oraz etjologję podawaną przez tego autora.

Ostankow twierdzi, „że amencja bez żadnej wątpliwości jest organicznem zaburzeniem mózgu, które rozwija się na podłożu zakażenia i samozatrucia w stanach wyczerpania i zalicza do niej również psychozy, występujące po porodzie.

Hartman i Schilder, opisując psychozy po epidemji grypy, zaliczają je do amencji, której podstawowemi cehami są: splątanie, niezaradność i bezradność. Co do psychoz popołogowych i laktacyjnych stoją na stanowisku, że to są splątania podobnej kategorji jak amencje poinfekcyjne, a więc psychozy, zjawiające się wskutek wyczerpania lub samozatrucia.

Różnica w zapatrywaniach między dawnymi autorami i niektórymi współczesnymi, a stanowiskiem Bleulera, załatwiającym się z psychozami poporodowemi w sposób dość ryczałtowy, a częściowo stanowisko Kraepelina, skłoniło mnie do przestudjowania kwestji psychoz poporodowych na dość znacznym materjale Kliniki Psychjatrycznej U. W.

Statystyka obejmuje lata od 1920 do 1925 włącznie. Ogólna liczba psychicznie chorych kobiet w tym okresie w klinice wynosiła 1400 (liczba absolutna). Wśród tej liczby splątania połogowego było 50 przypadków, laktacyjnych 28. Innych psychoz, występujących po raz pierwszy po porodzie, było: schizofrenji w okresie połogowym — 2, schizofrenji w laktacji 4, psychoz man.-depres. w okresie połogowym 2, a w okresie laktacji 3. Prócz tego nawrotów ataków psych. man.-depr. w laktacji było 2, oraz 1 przypadek nawrotu ataku schizofrenji w laktacji.

Razem psychoz, powstałych po raz pierwszy w okresie połogowym było 54, psychoz powstających po raz pierwszy w laktacji — 35. Procentowa ilość psychoz połogowych w stosunku do ogólnej ilości chorych wynosi 3.6%, psychoz laktacyjnych 2%.

W statystyce Kraepelina psychozy połogowe stanowią 6,8%, laktacyjne 4,9% ogółu chorych. Porównanie statystyki Kraepelina z naszą wykazuje dużą różnicę. Wytłumaczyć jej nie jestem w stanie; możliwe, że Kraepelin miał w swej obserwacji również przypadki krótkotrwałych splątań poporodowych (kilkodniowych), które w naszych warunkach zwykle nie dostają się do Kliniki.

78 przypadków splątania poporodowego które obserwowałem, dają się podzielić na 2 główne grupy, objawowo zresztą podobne i wykazujące niezbyt znaczne odchylenia indywidualne.

I. Postać majaczeniowa. Okresu zwiastunów nie mieliśmy możności obserwowania. O tem, że istnieje i jak przebiega wiemy tylko z opowiadania otoczenia. Zaczyna się zwykle od zmiany nastroju, zjawia się zaniepokojenie, obawa że coś się stanie, potem dołącza się troska o swój stan zdrowia, lęk śmierci; często towarzyszy tym objawom pewien niepokój ruchowy. Niekiedy znowuż okres zwiastunów zaczyna się od rozdrażnienia, kłótliwości, pretensji do otoczenia, większej niż zwykle produkcji myślowej, wzmożonej ruchliwości, wyrażającej się w wykonywaniu ruchów zbędnych. Już nieraz w okresie zwiastunów zjawiają się krótkotrwałe stany zamroczenia. Stałym objawem w tym okresie jest upośledzenie snu. Okres ten trwa zwykle około tygodnia.

Po okresie zwiastunów występuje okres drugi, który zwykle obserwujemy w Klinice. Cechuje go zamroczenie świadomości ze splątaniem myślowem, dezorjentacją, halucynacjami i iluzjami, najczęściej wzrokowemi, urojeniami zmiennemi co do treści, silnem pobudzeniem stanu afektywnego o charakterze najczęściej lęku, przerażenia, czasami nieziemskich błogości, wreszcie podnieceniem ruchowem. Bezsenność stale towarzyszy temu okresowi. Czas trwania tego okresu wynosi od tygodnia do 3 tygodni; dłuższe lub krótsze trwanie nie jest rzadkością.

Stan ten następnie zmienia się o tyle, że wykazuje mniej więcej te same objawy, ale słabnące z dnia na dzień. Chwile orjentacji występują częściej; od czasu do czasu zjawiają się jednak i ponowne zaostrzenia pod postacią krótkotrwałych wybuchów. Wreszcie objawy znikają. Chora jest wyczerpana fizycznie i psychicznie. Waga ciała wykazuje spadek, czasami znaczny. Chora senna, leży bezwładnie na łóżku. wyraz twarzy znużony, proces myślowy zwolniony, rozmowa nuży chorą, a przy dłużej trwającem badaniu znużenie nasila się, doprowadzając nieraz chorą do ponownego wystąpienia dezorjentacji, która już przedtem zniknęła. Czas trwania tego okresu poprawy wynosi od 2 do 6 tygodni.

Powrót do zdrowia w tym okresie postępuje już prawie równą linją, wykazując w stanie fizycznym wzrastającą ogólną poprawę, w stanie psychicznym ożywienie myślowe, zostaje tylko mniej lub więcej głęboka amnezja przebytego stanu chorobowego, którego ogólny stan trwania wynosi zatem od 3 do 9 tygodni.

Przypadek 1. Ł. E. Wywiady: Obarczenia dziedzicznego nie stwierdzono. Charakter: cicha, spokojna, dobra matka, żona i gospodyni. Stosunek do najbliższego otoczenia — dobry. 5 lat temu przebyła tyfus. 2 porody, ostatni 2 miesiące przed przybyciem do kliniki. Zwiastuny: w 6 tygodni po porodzie zmieniła się w usposobieniu, zaczęła się lękać, bała się, że jest zaczarowana, sen upośledzony. Przy przyjęciu podniecona.

Badanie psychiczne: Silnie podniecona, rzuca się na łóżku, wyskakuje, chce biegnąć. Mówi bezładnie, nieraz pojedyńczemi sylabami. Mówi, żeby ją zarżnąć, krzyczy, że ją zabijają, duszą. Lekarz jest Panem Bogiem. Opiera się przy badaniu fizycznem, gwałtownie wyrywa się, z trudem utrzymywana przez 4 pielęgniarki. Wyraz twarzy maluje przerażenie.

Stan fizyczny nie wykazuje nic szczególnego. Wasserman 0. Przebieg: Przez tydzień utrzymuje się zamroczenie i podniecenie. Po 8 dniach od chwili przybycia spokojniejsza. Lekarza nazywa doktorem. Jest chora. Nie wie, gdzie się znajduje. Nie wie, gdzie jest mąż, płacze przy tem pytaniu. Po 2 tygodniach pobytu: Spokojna, rzadkie stany podnieceń, połączone z obawą o to, co z nią będzie. Wie gdzie jest, czuje się lepiej, wie, że była chora i że jest jeszcze chora. Po trzech tygodniach: Spokojna, sypia dobrze. Orjentacja zupełna. Ma poczucie przebytej choroby. Jeszcze jest słaba i pracować by nie mogła. Wie, że musi pozostać kilka dni, żeby zupełnie wyzdrowieć. Tęskni do dziecka. Po czterech tygodniach pobytu w klinice wypisana jako zdrowa z rozpoznaniem „Amencja" w końcu okresu połogowego i początku okresu laktacyjnego.

II. Postać lękowa z zahamowaniem. Postać tę nierzadko można obserwować w przebiegu psychoz połogowych, częściej jednak w laktacyjnych. Okres zwiastunów w tej postaci psychoz poporodowych przebiega podobnie jak w postaci majaczeniowej. Następnie zjawia się krótkotrwały stan zamroczenia ze splątaniem, z podnieceniem ruchowem o charakterze bardzo wybitnie lękowym, z wielką ilością halucynacyj i iluzyj wzrokowych, z urojeniami wypływającemi z lęków, z interpretacją odbieranych wrażeń rzeczywistych w sposób lękowo-prześladowczy. Stan taki trwa od kilku do dziesięciu dni i przechodzi dość prędko w zahamowanie ruchowe i myślowe, noszące charakter depresji lękowej, widocznej w wyrazie twarzy, ruchach i zachowaniu się chorej, przy trwającem nadal zamroczeniu.

Stan taki może czasami dawać obraz osłupienia. Ze skąpych odpowiedzi, z zachowania się względem otoczenia stwierdzić możemy zamroczenie. Chora spełnia polecenia w sposób bierny. Ustępowanie tego stanu, przeciętnie trwającego od 3 tyg.. do 3 miesięcy, sygnalizuje się stopniowym wzrostem zainteresowania się rzeczami, bezpośrednio dotyczącemi chorej (jedzenie, spanie), następnie zakres zainteresowania rozszerza się na miejsce pobytu, na to co się z nią dzieje, potem dopiero na rodzinę, dom, a wreszcie i na dziecko. Amnezja przebytego stanu uwidacznia się w mniejszem lub większem nasileniu; najczęściej chora pamięta tylko fragmenty chorobowe, niektóre silniej afektywnie zabarwione lub dłużej trwające iluzje lub urojenia. Wahań w krytycznem pojmowaniu swego stanu niema, i krytycyzm ten wraz z świadomością przebytej choroby postępuje naprzód równorzędnie z ogólną poprawą fizyczną i psychiczną.

Przypadek 2. Sz. M. l. 22. Wywiady: Ojciec chorej dwukrotnie chorował na umysł. Alkoholizmu nie stwierdzono. Chora rozwijała się prawidłowo, uczyła się dobrze, zawsze była wesoła, przechodziła w 1918 r. dur plamisty, i w 1921 dur powrotny. Poród przed 9 miesiącami dość ciężki. Karmiła do końca. Ciąża druga. Okres zwiastunów zaczął się od zmiany usposobienia: „Była nieswoja", „praca jej nie szła". Na 4 dni przed przybyciem do kliniki wystąpiły ostre objawy, przybiegła do pracującego we wsi męża z dzieckiem na ręku, mówiąc i płacząc, że dziecko umiera, że Bóg zabiera dziecko do nieba, prosiła, by mąż wrócił do domu, zaczęła mówić od rzeczy. Dała się uspokoić zapewnieniem męża, że dziecko żyje, nawet poweselała. zaczęła pracować, ale nie mogła. Tegoż dnia wieczorem wybiegła z domu z krzykiem „Judasz powiesił się", oraz mówiła słowa z Ewangelji. Następnego dnia kilka godzin była względnie przytomna, ugotowała obiad. Potem wystąpiło zamroczenie ze splątaniem i podnieceniem. Mówiła od rzeczy, śpiewała, krzyczała, ordynarnie wymyślała, to znów wzywała 12 apostołów, krzyczała. że narody giną, ma zbawić świat, ma zginąć za Boga, za kościół Była agresywna wobec otoczenia. Nie spała. Stan taki trwał przez 3 dni przed przybyciem do kliniki. Przy przyjęciu nie odpowiada na pytania, nie poznaje męża. Badanie psychiczne: Siedzi z zamkniętemi oczami, na pytania nie odpowiada, nie reaguje na ukłucia, zbliżonego światła nie gasi. Czasami nadane pozycje przez chwilę zachowuje. Nie zwraca uwagi na manipulacje koło niej. Na krótszą chwilę zrywa się z krzesła i biegnie do pielęgniarki w celach agresywnych, dając się

uspokoić. Stan fizyczny wykazuje głuche tony serca i podmuch u wierzchołka serca.

Przebieg: W cztery dni po przybyciu leży w łóżku, zrzadka się podnieca, jest zamroczona „nigdy nie byłam zamężna“, halucynacje, widzi na ścianie potwora, który znów się zjawia, to znów dwa wielkie zęby w Brześciu. W dwa tygodnie po przybyciu zamroczenie zmniejsza się, poprawia się sen i apetyt. W trzy tygodnie po przybyciu przeniesiona na oddział spokojny. Nie pracuje, snuje się po kątach lub stoi przez dłuższy czas w jednem miejscu, wyraz twarzy przygnębiony, zdaje się nie rozumie, co koło niej się dzieje, nie odpowiada na pytania, polecenia spełnia w sposób bierny. Orjentacja upośledzona. Po 7 tygodniowym pobycie przeprowadzono ponownie dokładniejsze badanie stanu psychicznego. Chora mówi, że jest b. przygnębiona, bo dokoła niej ludzie (chore) męczą się, płacze, że nie może im pomóc. Męczy ją również to, że nie wie, gdzie jest, nie wie co to za dom, może to nerwowe kobiety. Boże Narodzenie już było, bo była choinka (było przed 2 tygodniami), kiedy było, nie może jakoś nic spamiętać. Tęskni za rodziną, która jest we wsi Zarzewo, czy jest teraz ta wieś niewie. Widziała jakieś ogniste języki, krew na podłodze, może to z choroby widziała, zapłakuje się. Wie, że ma dziecko, dziewczynkę, tęskni za nią.

Dalszy przebieg wykazuje trwanie depresji bez urojeń samoponiżenia, z bezradnością, jeszcze około dwóch tygodni, poczem stopniowo zakres zainteresowania i orjentacji rozszerza się, chora zaczyna pracować. Wypisana została po 3 miesiącach pobytu jeszcze w stanie lekkiej depresji. Na zapytanie listowne o stanie zdrowia chorej w kilka miesięcy potem otrzymano odpowiedź od męża, że pacjentka znajduje się w pełni zdrowia psychicznego. Rozpoznanie w tym przypadku brzmiało *„Amencja w okresie laktacji“.*

Różniczkując podane dwa typy splątań poporodowych pomiędzy sobą, w okresie zwiastunów nie znajdujemy specjalnych różnic, zarówno co do czasu trwania jak i objawów. Okres następny w obydwu postacia przechodzi w zamroczenie ze splątaniem, z podnieceniem ruchowem, z halucynacjami. Jednakowoż w postaci drugiej element lękowo prześladowczy w splątaniu przeważa. Czas trwania splątania w postaci pierwszej jest dłuższy. Dalszy przebieg obydwu postaci wykazuje wyraźniejsze różnice. W postaci pierwszej objawy splątania stopniowo słabną, podniecenie ruchowe zmniejsza się, dochodząc do wyczerpania fizycznego i psychicznego w okresie zdrowienia. Postać druga przechodzi w stan depresji z zahamowaniem przy trwającem, mniej lub więcej głębokiem zamroczeniu.

Okres zdrowienia w postaci pierwszej postępuje zatem szybciej, równorzędnie poprawia się stan fizyczny, jaśnieje psychika. Niektóre z przypadków I kategorji dawały okres podniecenia trwający nie dłużej niż tydzień, a żaden z przypadków w naszym materjale z kategorji I nie wykazywał okresu ostrego, dłużej trwającego niż miesiąc. W postaci drugiej zdrowienie idzie wolniej; już sen nie jest upośledzony, z jedzeniem większych kłopotów niema, a depresja ustępuje powoli, przeciągając się nawet do 3 miesięcy, tylko powoli wyjaśnia się orjentacja, zwiększa się zainteresowanie i krytycyzm.

Podane postaci psychoz, występujących po porodzie, należą do najczęstszych, gdyż wynoszą na 89 przypadków psychoz, powstających po raz pierwszy po porodzie — 42 przypadki, dające się zaliczyć do postaci pierwszej, a 36 do postaci drugiej.

Z innych psychoz, występujących w okresie poporodowym, pierwsze miejsce zajmuje schizofrenja, dając na podaną ogólną liczbę 89 przypadków — 6 przypadków, mianowicie 2 w połogu, 4 w laktacji.

P r z y p a d e k 3. Z. T. lat 20. Wywiady: Ojciec alkoholik. Chora z natury była nerwowa, „miewała ataki złości“. Przebyła ciężki poród, po którym w 4 dni zaczęła wykazywać lęki, mówiła od rzeczy, chciała uciekać. Mówiła, że sufit obrywa się, że zabrano lub zamieniono jej dziecko, że mąż jej zaślubił inną kobietę.

W klinice była od 27. IV. do 9. IX. 1920 r.

Podczas badania psychicznego podaje personalja dobrze w szerokim zakresie. Datę porodu podaje nietrafnie. Czuła się po porodzie osłabiona, bolała ją głowa, nie mogła spać. Zdawało się jej, że sufit się załamuje, że dzieci zamieniono jej, bo ma dwoje dzieci, tak jej mówili, i teraz myśli, że ma dwoje dzieci. Dziecko zamieniła siostra, bo ona niema dzieci i wzięła je na wychowanie. Wie, że jest w szpitalu po to, żeby doktorzy zbadali ją, żeby była zdrowa. Obrazki rozpoznaje, powiastkę czyta, ale powtórzyć nie chce, bo jej nie bawi. Mąż ją tu umieścił, bo dostała pomieszania zmysłów, ale już jest zdrowa.

Stan fizyczny wykazuje drobne zmiany w szczytach płucnych i podmuch skurczowy w sercu.

Przebieg choroby:

29. IV. podniecona, krzyczy, wymyśla chorym, do lekarza uśmiecha się, mówi, że ją gardło boli.

2. V. spokojniejsza, poco ją tu umieścili, przecież jest zdrowa. Wie, że to szpital Jana Bożego, dla jakich chorych nie może sobie przypomnieć, zato pamięta cztery prawdy, z których pierwszą wylicza, a resztę zapomniała, bo jej chore przeszkadzają.

8. V. — 15. V. zachowuje się niespokojnie, wszyscy jej tu dokuczają, chore, służące, które pokradły jej rzeczy, tu są jej rzeczy. Sen i apetyt upośledzony.

5. VI. badana szczegółowiej wykazuje dezorjentację co do czasu, pamięta, że pokazywano jej obrazki, poznaje je, „ale to wszystko oszukaństwo“. Chce pisać, potem wyrywa lekarzowi pióro i kartę, i ze złością drze ją. Lekarza poznaje. Jest w szpitalu. Dla jakich chorych? „zawracanie głowy“.

11. VI. odpowiada początkowo niechętnie, potem w miarę badania mówi chętniej, ma jedno dziecko, małe, pewnie chłopczyk, ale nie wie napewno, bo była nieprzytomna, kocha je. Zauważa, że lekarze rozmawiają między sobą po francusku. Pielęgniarki ją i inne chore okradają, kupują za to złote zęby, chcą ją utopić, wyśmiewają się z niej. Czy widziała męża? widziała, nie widziała.

27. VI. — spokojna.

Od 9. VII. do 9. IX. zachowywała się zupełnie obojętnie. Nic nigdy nie mówiła. Na pytania odpowiadała szeptem, parę słów albo wcale nie odpowiadała. Nie dopytywała się nigdy o swoją rodzinę. Stała w kąciku w ogrodzie lub na ganku całemi godzinami. Apetyt i sen dobry. Podczas odwiedzin męża również wykazywała obojętność, nie dopytując się o dom i dziecko. W takim stanie wypisana została po $4^1/_2$ miesiącach pobytu z rozpoznaniem schizofrenja z przewagą objawów katatonicznych.

(Ciąg dalszy nast.).

Dr. M. J. SKOWROŃSKI. Kraków.

O znaczeniu i wartości odżywczej otrąb w chlebie.

Z Zakładu higieny U. J.
Dyrektor: Prof. dr. fil. i med. W. G ą d z i k i e w i c z.

I.

Przeglądając niezmiernie dziś już bogate piśmiennictwo, dotyczące wartości odżywczej otrąb, stwierdzić trzeba, że mimo setek prac i badań, wykonanych w przeróżnych pracowniach, jest kwestja ta nawet dziś jeszcze przedmiotem najskrajniejszych kontrowersyj.

W okresie, kiedy postęp techniki pozwolił na wymielanie coraz to „bielszej“ mąki, coraz bardziej oczyszczonej z otrąb, kiedy wraz z tym postępem młynarstwa, zasmakowano w pieczywie z najbielszych gatunków mąki, — pojawiły się pierwsze sprzeciwy przeciwko tak doszczętnemu usuwaniu otrąb z mąki chlebowej. Anglicy pierwsi protestowali przeciw usuwaniu otrąb z mąki, opierając się na teorjach ówczesnych L i e b i g a. Wskazywali oni na fakt, że otręby zawierają pokaźną ilość białka i dają dużą ilość popiołu. Białko według ówczesnych poglądów fizjologji miało być źródłem siły mięśniowej, a usuwanie otrąb z mąki pociągało za sobą według L i e b i g a osłabienie ludzkości. Sole natomiast, zawarte w popiele, miały zdaniem tegoż autora ułatwiać strawność samego chleba.

Wnet jednak przyszły czasy, kiedy przekonano się, że białko i inne części odżywcze otrąb, nie tylko nie posiadają przypisywanych im właściwości, ale są nadto w tego rodzaju błonkach, czy otoczkach komórkowych uwięzione, że zaczyny trawienne nie potrafią na nie zadziałać. Stąd wypłynął wniosek, że mimo, iż człowiek spożywa rzeczywiście z otrębami dość dużo ciał samych przez się pożywnych, to jednak wyzyskać ich nie może i dlatego otręby stanowią pokarm bez — lub przynajmniej mało wartościowy.

W czasie, kiedy M a c C o l l u m, F u n k i inni zaczęli wykrywać w roślinach „dodatkowe ciała odżywcze“, witaminy, inaczej też zwane nutraminami, życianami (L e l e s z), kiedy właśnie przekonano się, że ciała te znajdują się w szczególnie dużej ilości w łuskach ziaren zbożowych, kiedy dalej stwierdzono, że brak jednego czy kilku tych ciał odżywczych dodatkowych w pokarmach codziennych człowieka powoduje bardzo nawet poważne choroby (t. zw. awitaminozy), wtedy znowu poczęto głosić zdanie: Jadać chleb z całego ziarna! Nie usuwać ani łuseczki, bo tylko chleb z całego ziarna może być rzeczywiście pożywnym i zdrowym pokarmem! Wtedy to też na zachodzie zaczęły się zawią-

zywać rozmaite ligi chlebowe, gdyż — jak podaje L e l e s z, „stwierdzono, że nadmierny wymiał ziarna niszczył siłę rasy niemniej, niż gruźlica i alkohol“.

Potem przyszła wojna i wraz z nią zaczęto z konieczności wypiekać chleb z dość pokaźnym dodatkiem otrąb (nie mówiąc już o całym szeregu innych „pożywnych“ domieszek). Aby ludzie chleb ten chętniej jedli, poczęto nieraz wbrew własnemu przekonaniu głosić, że tylko chleb z całego ziarna, wraz z otrębami, zasługuje na miano „pokarmu narodu“, że tylko taki chleb jest źródłem zdrowia, siły, czerstwości i t. d. I wszystkie te krzyki i całą tę reklamę motywowano znowu staremi argumentami, temi samemi, któremi jeszcze L i e b i g zjednywał wyznawców czarnego chleba. Nawet w uczonych starano się wpoić wiarę w chleb z otrębami (S t o k l a s a, H i n d h e d e i inni)). I tak znowu powstał rozłam: jedni przejęli się wywodami „wojennych“ autorów, inni nie dali się przekonać, a w rezultacie tego spory na temat wartości odżywczej otrąb trwają do dziś dnia, niekiedy ostre i prowadzone z całą zaciętością przekonanych o swej słuszności przeciwników. Skutek tych sporów jest ten, że ktoś, kto pragnie w tej kwestji się zorjentować i wyrobić sobie należyty pogląd na sprawę, zgubi się w chaosie argumentów, dowodzeń najwyraźniej sobie przeczących, wzajemnie się wykluczających.

To też celem niniejszej pracy jest podać czytelnikowi w krótkości, a w sposób zupełnie objektywny to, co o pożywności otrąb dzisiaj wiemy i co zostało nauką stwierdzone.

Nasamprzód zastanówmy się więc nad tem, co to są właściwie otręby, dalej nad ich składem chemicznym i nad wynikami biologicznej ich analizy. Następnie już postaramy się na mocy danych z fizjologji trawienia oraz na mocy prostego rachunku i zasad ekonomji dać czytelnikowi możność należytej oceny wartości odżywczej otrąb.

II.

Przedewszystkiem zdajmy sobie sprawę z tego, co to są właściwie otręby, wzgl. co pod tą nazwą rozumieć należy. Słusznie zaznacza R. O. N e u m a n n, że żadne pojęcie w zagadnieniach o chlebie nie jest tak giętkie i niejasne, jak pojęcie „otrąb“, że żadna substancja nie waha się pod względem składu chemicznego tak, jak otręby, dalej, że żadna część ziarna nie jest tak zależna od technicznej obróbki i zewnętrznych czynników, żaden produkt wymiału nie bywa tak rozmaicie oceniany, jak otręby. Związek młynarzy niemieckich podaje następującą definicję otrąb: „Otręby, to dobrze rozdrobniona pozostałość ziaren zbóż zwykłej handlowej jakości, po usunięciu mąki i tych domieszek, które są niestrawne i szkodliwe dla zwierząt“. Krótko mówiąc, otręby składają się według powyższego określenia ze wszystkich części ziarna po usunięciu zeń ciała mącznego czyli bielma. Częściami temi byłyby zatem: osłonka owocu, osłonka nasienia, warstwa aleuronowa, włoski, bródka, roślinna tkanka łączna i zarodek. Tej młynarskiej definicji przeciwstawia R u b n e r swoją definicję fizjologiczną. Pod mianem otrąb rozumie on mieszaninę odżywczych składników i osłonek komórkowych różnego rodzaju, nie odpowiadających jednakże jakiemuś jednolitemu produktowi.

W pracy niniejszej pod nazwą *otrąb* będziemy mieli na myśli definicję młynarską, a więc *wszystkie części ziarna zbożowego po usunięciu zeń ciała mącznego, czyli mąki.*

Ponieważ dzisiaj do wypieku chleba używa się u nas przedewszystkiem (jeśli nie wyłącznie) żyta i pszenicy, przeto ograniczymy się do krótkiego zestawienia danych analitycznych i biologicznych, dotyczących składu otrąb tych dwu rodzajów ziaren.

Według badań *Stoklasy substancja sucha otrąb pszennych* (pszenica czeska) posiada skład następujący:

Białek	16,85%
Tłuszczu	5,22%
Skrobji	52,80%
Glukozy	1,84%
Dekstryny	3,74%
Pentoz	4,10%
Włókien	7,17%
Popiołu	6,64%

Popiół natomiast miałby posiadać skład następujący:

Bezwodnika kw. fosforowego	52,94%
Bezwodnika kw. siarkowego	1,53%
Tlenku potasu	30,05%
Tlenku sodu	0,78%
Tlenku wapnia	1,59%
Tlenku magnezu	12,08%
Tlenku żelaza	1,09%

Skład *substancji suchej otrąb żytnich* byłby następujący:

Białek	17,72%
Tłuszczu	3,87%
Skrobji	50,15%
Glukozy	2,82%
Dekstryny	5,73%
Pentoz	5,85%
Włókien	5,17%
Popiołu	7,07%

Popiół ten składa się znowu z:

Bezwodnika kw. fosforowego	50,60%
Bezwodnika kw. siarkowego	1,4%
Tlenku potasu	30,15%
Tlenku sodu	1,28%
Tlenku wapnia	2,05%
Tlenku mgnezu	13,73%
Tlenku żelaza	2,04%

Tutaj zaznaczyć należy, że mąka pszenna posiada tylko 11,95% białka i 0,65% popiołu, mąka żytnia biała tylko 9,19% białka i 1,02% popiołu. Widzimy więc, że otręby zawierają o wiele więcej białka i popiołu, a przecież popiół ten zawiera dla życia i rozwoju bardzo ważne pierwiastki, jak Cl, Fl, Ph, S, K, Ca, Mg i Fe. Jeśli uwagę naszą zwrócimy szczególnie na ów popiół, pozostający po spaleniu otrąb, to zobaczymy, że poszczególne składniki otrąb, a więc owe osłonki, warstwa aleuronowa, zarodek i t. d., spalane z osobna, dają bardzo różną ilość popiołu. Jak z doświadczeń G i r a r d a wynika, dają na 100 cz. ziarna:

3 osłonki zarodnikowe	0,09 popiołu
2 osłonki nasieniowe	0,06 popiołu
warstwa aleuronowa	0,48 popiołu
zarodek	0,08 popiołu
bielmo	0,40 popiołu

Największą więc ilość popiołu daje warstwa aleuronowa. Nie dziwi to nas, gdyż jak się zaraz dowiemy, w tej warstwie najwięcej jest substancyj białkowych, mineralnych, witamin, fermentów i t. d.

Co do tych ostatnich, witamin i fermentów, to analizą czysto chemiczną dotąd wykryć ich nie potrafimy, a obecność ich w pokarmach stwierdzamy tylko przy pomocy analizy biologicznej. Ta właśnie biologiczna analiza wykazuje, że największa ilość witamin i fermentów mieści się w otrębach i to szczególnie w warstwie aleuronowej. Zatrzymajmy się na chwilę przy witaminach. Różne ziarna wzgl. otrzęby zawierają różne witaminy w różnej ilości. Ziarna roślin kłosowych, a więc zbóż, zawierają witaminy A bardzo niewiele, lub wcale nie, tak samo nie zawierają one witaminy C (lub tylko niewiele). Natomiast czynnik B, rozpowszechniony najwięcej w świecie roślinnym, znajduje się w ziarnach zbóż głównie w zarodku *(embrio)* oraz w otoczce, zwanej *pericarpium.* W t. zw. bielmie ziarna, a więc w ciele mącznem, znajdują się tylko ślady witaminy B. — L e l e s z podaje w swej pracy p. t.: „O działaniu dopełniających czynników odżywczych......“ tablice zawartości w poszczególnych pokarmach czynników dopełniających. Niestety z tablicy tej w kwestji nas tu obchodzącej mało się dowiedzieć możemy. Wynikałoby z niej, że ziarna żyta nie zawierają witaminy A na pewno. Natomiast ziarna pszenicy skiełkowanej zawierają według tej tablicy bardzo dużo witaminy B (w tabl. trzy krzyżyki). W ziarnach owsa znaleziono nawet czynnik A, w większej ilości czynnik B. W ziarnach jęczmienia nie zdołano wykazać witaminy A wogóle, natomiast stwierdzono obecność witaminy B. Otręby pszenne miałyby zawierać czynnik B (w tabl. dwa krzyżyki), co do witaminy A i C żadnych wiadomości nie posiadamy. Otręby jęczmienia nie zawierają na pewno czynnika B.

Tak więc smutno przedstawiają się nasze wiadomości o czynnikach dopełniających w ziarnach, z których rodzi się nasz chleb powszedni. Przytem trzeba sobie uświadomić, że poglądy na zawartość tej lub innej witaminy w otrębach bynajmniej nie są u wszystkich autorów zgodne! Ale nawet jeśli przyjąć obecność witamin w ziarnach i otrębach zbóż, używanych do wypieku chleba, to nasuwają się nowe wątpliwości, mianowicie, *czy witaminy te znajdują się także w upieczonym już chlebie?* Przecież witamina A niszczeje na powietrzu już przy ciepłocie 15—18° C, witamina C niszczeje, skoro ją dłuższy czas ogrzewać przy ciepłocie 60° C. Jedynie witamina B wytrzymuje ciepłotę 125° C. przez godzinę, potem jednak również ginie. Jeśli znowu powrócimy do tablicy L e l e s z a, to znajdziemy tam rubrykę, poświęconą także zawartości witamin w gotowym już chlebie. Wedle tej tablicy chleb pszenny

nie zawierałby czynnika A napewno! Co do czynnika B i C niczego konkretnego się nie dowiadujemy. Chleb żytni miałby zawierać witaminę B (w tabl. dwa krzyżyki), co do witaminy A i C tablica nic nie mówi. Chleb razowy miałby natomiast posiadać bardzo dużo witaminy B (trzy krzyżyki w tablicy).

Podobną tabelę, jaką podaje L e l e s z, znajdujemy także w pracy O. K e s t n e r a i H. W. K n i p p i n g a „Die Ernährung des Menschen". Według tej tablicy zawiera ziarno pszenicy witaminę A i B w skąpej ilości (po jednym krzyżyku). Zarodki pszenicy mają zawierać witaminy A nieco więcej (dwa krzyżyki), witaminy B względnie dużo (trzy krzyżyki). Otręby pszenne miałyby *jednakowoż* zawierać witaminę A (jeden krzyżyk), a witaminę B w tej samej ilości, którą podaje L e l e s z (dwa krzyżyki). Biała mąka nie miałaby posiadać ani witaminy A, ani B. Co się tyczy gotowego chleba, to autorzy wyżej wymienieni powołują się na pracę R u b n e r a p. t.: „Verwertung des Roggens", w której R u b n e r podaje, że chleb z otrębami zawiera czynnik A i B w małej ilości. Badacz ten stwierdził jednakże obecność obu tych witamin również w małej ilości także w chlebie bez otrąb. Porównując tylko te dwie tabele, przekonujemy się, że i tutaj brak zgody, brak jednolitych poglądów.

Jeśli wrócimy do tego, co uczy fizjologja i co podaje za fakt niewątpliwy, mianowicie, że witaminy są ciałami niesłychanie nie wytrzymałemi, na ogrzewanie, to trudno poprostu pogodzić to co owe tablice mówią o gotowym chlebie, z tą ciepłochwiejnością. Przecież ciepłota wypieku chleba wynosi od 80—105° C, zazwyczaj — jak to stwierdza D o n h a i s e r około 105° w miękiszu. Zatem czynnik A i C, nawet gdyby był zawarty w dużej ilości w otrębach, czy mące wogóle, musi zginąć pod działaniem wypieku chleba, a istnieć w nim może tylko czynnik B. A przecież znaleziono czynnik A (!) w chlebie (R u b n e r). Może więc witamina A ma takie same lub podobne działanie, jak owe „pierwiastki biogenne" — (biogene Elemente), o których mówi S t o k l a s a, a których ciepłota nie niszczy? Boć przecież są autorzy, (R ö h m a n n, S t o k l a s a, M a u r i z i o), którzy oba te — dziś tak jeszcze rzec można — „pojęcia" identyfikują. W każdym razie, wyświetlenie tej sprawy należy do najbliższych i bardzo ważnych zadań chemji biologicznej.

Co sie tyczy zaczynów, zawartych w ziarnach zbóż.... i to znowu w przeważnej ilości w otrębach..... to znaleziono: proteazę, katalazę, peroksydazę, lipazę, diastazę, amylazę i inne. O p p e n h e i m e r przypisuje tym zaczynom nie małe znaczenie w procesach trawienia. („Bei reher Pflanzennahrung spielen auch die mit der Nahrung verschluckten Fermente, z. B. die Amylase und Protease der Samen, eine nicht ganz unerhebliche Rolle im Magen)". U zwierząt niewątpliwie tak jest, czy i u człowieka, także? trudno na razie coś stanowczego powiedzieć.

W ten sposób naszkicowalibyśmy sobie pokrótce dane analityczne i biologiczne, potrzebne do dalszych rozważań nad pożywnością otrąb. Trzeba nam jeszcze zastanowić się nad fizjologją trawienia otrąb w przewodzie pokarmowym człowieka.

Mówiliśmy już o tem, że główna ilość białka, jakoteż substancje czy pierwiastki biogenne, witaminy i t. d., zawarte są w komórkach warstwy aleuronowej. Nadmieniliśmy też, że komórki te otacza *błonka komórkowa*, od której strawności wzgl. otwarcia lub zniszczenia zależy cała kwestja wartości odżywczej otrąb. Badania wykazały, że ta błonka komórkowa składa się w 24% z błonnika, w 40,9% z pentozan i w 35,1% z różnego rodzaju drzewników (lignina i hemicellulozy). Doniosłego znaczenia nabiera fakt, że wymienione składniki błonki komórkowej nie są jednakowo strawne, że jedne ulegają procesom trawiennym lepiej, drugie gorzej. Stąd wniosek, że i strawność otrąb musi być wysoce zależna od resorbcji tych składników (R. O. N e u m a n n).

R u b n e r stwierdził, że błonnik ulega na pewno w przewodzie pokarmowym człowieka procesom trawiennym, chociaż w małej ilości. Jeśli zwierzęta mięsożerne zużytkują błonnik nawet w ilości 10—20%, to nie omylimy się, przyjmując dla człowieka wyższy jeszcze odsetek strawności błonnika. Odsetek ten będzie — rzecz prosta — tem większy im dłużej będzie błonnik podlegał procesom fermentacyjnym w jelicie. W przeciwieństwie do błonnika jest przyswajalność pentoz o wiele łatwiejsza. Człowiek resorbuje z poszczególnych rodzajów chleba aż 77,6% pentoz. Nieco mniejszą strawnością odznaczają się owe ciała pozostałe, będące mieszaniną różnych drzewników, hemicelluloz i t. d. Strawność ich wynosi 60%.

Z powyższego wynika niezbicie, że owa błonka komórkowa otaczająca pierwoszcze komórek aleuronowych, bynajmniej nie stanowi czegoś niepokonalnego dla sił trawiennych naszego przewodu pokarmowego. R. O. N e u m a n n podkreśla jeszcze tę okoliczność, że osłonki komórek aleuronowych posiadają stosunkowo dosyć dużo pentoz, a skoro one znowu są aż w blisko 80% strawne, to nie ulega wątpliwości, że ta twarda opona, broniąca fermentom trawiennym dostępu do wnętrza komórek aleuronowych, musi gdzieś w przewodzie pokarmowym pęknąć. Wtedy też zaczyny trawienne ustroju mogą bez przeszkód zadziałać na pierwoszcze tych komórek i trawić składające się nań białko i w ten sposób przyswoić ustrojowi wszystkie te ciała, o których tu ciągle mówimy. Na tem miejscu muszę zaznaczyć, że białko aleuronowe nie jest gorzej strawne od glutenu i od białka zwierzęcego (R u b n e r) i że rzeczywiście może ustrojowi dostarczyć wszystkich potrzebnych cegiełek do budowania swego własnego białka, w postaci aminokwasów, włącznie z bardzo ważnym tryptofanem, lizyną i t. d. Co prawda nie wyzyskuje ustrój tego roślinnego białka tak doszczętnie, jak białko zwierzęce. Przeciętnie traci człowiek od 20—40% białka zawartego n. p. w chlebie. „Eine Hauptursache für die schlechte Verwertung des Klebereiweisses der Kleie ist in dem Umstand begründet, dass die Verdaungssäfte die Zellulosenmembran nicht durchdringen und dass die Zellulose selbst zum überwiegenden Teile für uns unverdaulich ist, wenigstens diese Zellulose der Hüllen des Kornes, ob schon sie ziemlich fein vermahlen ist"..... mówi R u b n e r *).

Reasumując w krótkości to, co dotąd o fizjologji trawienia otrąb omówiliśmy, musimy powiedzieć, że ustrój człowieka potrafi trawić 1) *błonnik* w pewnej ograniczonej ilości (a jego produkty strawienia mogą ustrojowi dostarczyć cukrów),

2) *pentozy*, spalające się również w ustroju, i

3) *owe ciała pozostałe*. Prócz tego ustrój może wyzyskać zawarte w otrębach białka, substancje biogenne, witaminy, fermenty i t. d. To są fakty stwierdzone nauką i wątpić w to nie można.

Pozostaje jeszcze zastanowić się nad tem, jaki jest mechanizm trawienia otrąb i gdzie się to trawienie odbywa. Od tego bowiem nie mniej zależeć będzie nasz pogląd na sprawę racjonalności odżywiania się ciałami niewątpliwie odżywczemi, zawartemi w otrębach.

Jeśli n. p. wrzucimy do kolbki odrobinę otrąb i zmieszamy je ze śliną, w drugiej kolbce z wydzieliną błony śluzowej żołądka, w trzeciej z wydzieliną jelita cienkiego, w czwartej z czystą, pozbawioną domieszki drobnoustrojów, wydzieliną jelita grubego, to przekonamy się, że fermenty ani jednego odcinka przewodu pokarmowego nietylko człowieka lub zwierzęcia mięsożernego, ale również i roślinożernego nie zdołają nadtrawić łusek otrąb, nawet w najkorzystniejszych warunkach. Zupełnie inaczej rzecz się przedstawia *in vivo*, w przewodzie pokarmowym ludzkim, czy zwierzęcym. Jeśli będziemy śledzili losy spożytych przez jakieś zwierzę otrąb, to przekonamy się, że otręby te, przebywszy w stanie niezmienionym drogę od jamy ustnej aż po zastawkę Bauhina, nagle w początkach jelita grubego poczynają ulegać jakiejś sile trawiennej, zaczynają się rozkładać na swe części składowe, uwalniając, szczególnie z warstwy aleuronowej, dotąd niedostępne sokom trawiennym ciała białkowe i t. d. (Mamy tu oczywiście na myśli niezmielone, tylko całe łuski otrąb).

Jak się to stało? — Przecież wydzielina jelita grubego *in vitro* nie trawiła otrąb, a *in vivo* spostrzegamy najwyraźniej rozpuszczanie się tej grubej, opornej bryłki! Nie ulega dzisiaj najmniejszej wątpliwości, że to trawienie nie jest wynikiem działania jakichś fermentów zwierzęcych, które mogłyby tu działać w korzystniejszych warunkach. Trawienie to, wzgl. fermentację otrąb wywołują w jelicie grubym drobnoustroje (por. cenną pracę prof. K. K o s t a n e c k i e g o) z gatunku *bacterium coli commune*. Słusznie też porównywano kątnicę z żołądkiem, kałdunem zwierząt przeżuwających, w którym również trawienie błonnika przypada w udziale bakterjom. Wyhodowane w wyrostku robaczkowym drobnoustroje, mieszają się z treścią jelitową, wylewającą się z biodrowego odcinka jelita czczego, w następstwie czego następuje fermentacja przedewszystkiem błonnika, a niewątpliwie i reszty części składowych t. zw. błonki komórkowej. Otwarte w ten sposób komórki aleuronowe zostają zaatakowane przez fermenty trawienne ustrojowe, a więc przedewszystkiem te, które wraz z treścią jelitową przedostały się do kątnicy, jako też przez fermenty kiszki grubej (znalezono bowiem w wydzielinie jelita grubego fermenty peptolityczne (W a k a b a y a s h i i W o h l g e m u t), lipazę, diastazę, maltazę i inwertazę (B e r l a z k i, S t r a s h e s k o)) a być może, że i fermenty endocellularne biorą w tem udział. Jaki jest mechanizm tego trawienia kiszkowego, o tem nie tu miejsce mówić. Wspomnieć tylko należy, że chociaż w niepomiernie mniejszej ilości niż w wyższych odcinkach przewodu pokarmowego, jednak i tu może nastąpić *strawienie* białek aż do aminokwasów

---

*) I jeszcze jeden szczegół, na który, mimo, że do fizjologji trawienia otrąb nie należy, chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie, że w porównaniu z ceną białka zwierzęcego, jest to roślinne białko bez porównania tańsze.

i *wessanie* tych najdrobniejszych cegiełek, służących już ustrojowi do budowy własnego, indywidualnego białka.

Widzimy więc, że dzięki „symbiozie ustrojów zwierzęcych z mikrobami", ustrój zwierzęcy, zatem i ludzki, jest w stanie trawić otręby i przyswajać sobie produkty tego trawienia, słowem odżywiać się niemi. Błonnik dostarcza mu cukrów, a pierwoszcze komórek aleuronowych dostarczają tej całej najważniejszej reszty: białek, soli nieorganicznych, witaminów, tłuszczów, i t. d.

Zważywszy wszystko to, co o otrębach, ich składzie chemicznym i biologicznym oraz o trawieniu otrąb powiedzieliśmy, — zdawaćby się mogło, że jedynie racjonalnem byłoby uznać pogląd, domagający się zatrzymania otrąb w chlebie.

Ale myli się ten, kto tylko na mocy takich, że tak powiem, czysto jakościowych rozważań chce przesadzić kwestję. Z rozmysłu nie podawałem dotąd żadnych danych ilościowych. Teraz, kiedy przechodzimy do omówienia użyteczności spożywanych przez człowieka otrąb z punktu widzenia ekonomicznego, kiedy rozpatrywać będziemy bilans tej przemiany materji, cyfry, które poniżej podamy, innym będą do nas mówiły językiem i lepiej nam uzmysłowią istotną wartość odżywczą otrąb.

Najsamprzód zobaczmy, ile białka może człowiek spożyć wraz z otrębami i jaki ich odsetek wyzyskuje. Weźmy n. p. chleb wypieczony całkowicie z otrąb żytnich. Jeśli spożyć pół klgr. takiego chleba, to wprowadzimy do naszego ustroju według R. O. Neumanna 81,05 g. białka. Badając teraz wydaliny, zobaczymy że 56,32% białka zawartego w tym chlebie, ustrój nie wyzyskuje, a przyswaja sobie tylko 35,41 g. Jakaż to olbrzymia strata, jeśli się cyfry te porówna z przyswajalnością białka zwierzęcego.....! Człowiek traci przy bardzo nawet obfitem spożywaniu mięsa tylko około 2% białka. Natomiast już białko z białego chleba wyzyskuje człowiek tylko w granicach od 80—90%. Stwierdzono przy tem, że im więcej otrąb chleb zawiera, tem więcej traci człowiek białka pokarmowego. Z wzrostem ilości otrąb w chlebie maleje procent zużytkowania białka. Czemu tak jest, mówiliśmy już wyżej, rozwodząc się nad strawnością białka roślinnego w ogóle. To, że w miarę zwiększania się ilości otrąb w chlebie maleje odsetek wyzyskanego białka, nie dowodzi, aby i *bezwzględna ilość wyzyskanego białka* z wzrostem ilości otrąb malała. Przeciwnie, im więcej otrąb będziemy spożywali, tem więcej białka zatrzymamy mimo wzrostu odsetka utraconego białka. Jednakże dziwnem i w pierwszej chwili parodoksalnem wydać się musi, że n. p. ilość zatrzymanego białka z 500 g. chleba otrębowego (żytniego) różni się tylko bardzo nieznacznie od ilości zatrzymanego białka z 500 g. białego chleba pszennego (bułki). Według R. O. Neumanna zatrzymuje człowiek z 81,05 g. białka, zawartego w 500 g. chleba otrębowego tylko 35.41 g., — resztę traci. Natomiast z 40,35 g. białka, zawartego w 500 g. białego chleba pszennego, zatrzymuje człowiek 34,74 g. białka, a więc różnica tylko w dziesiętnych!

W ogóle stwierdzić trzeba, że dodatek otrąb do chleba obniża także przyswajalność białka, zawartego w ciele mącznem, glutenu właściwego. (Por. odnośne prace Rubnera i Meyera z roku 1883, Pannwitza z roku 1897, Romberga i R. O. Neumanna). Zresztą otręby przeszkadzają także należytemu wyzyskaniu innych pokarmów, a więc n. p. i białka zwierzęcego i t. d.

Jeśli więc chodzi o białko, to powiedzieć możemy, chociażby tylko na zasadze powyższych danych liczbowych, że po to, aby uzyskać około 35 g. białka dla ustroju, wystarczy spożyć 500 g. bułki pszennej (z przemiału 65—70%-owego), albo 500 g. żytniego chleba otrębowego.

Pomijając tę okoliczność, że chleb z otrąb jest pokarmem zupełnie nie wystarczającym, gdyż nie dostarcza on nam odpowiedniej ilości węglowodanów, — zastanówmy się nad tem, jak się będzie zachowywał człowiek, któryby spożył 500 g. chleba otrębowego, a jak ten, któryby spożył 500 g. bułki pszennej. Podczas gdy ostatni będzie się czuł całkowicie dobrze, pierwszy będzie się żalił na wzdęcia, obfite stolce, nieraz nawet na biegunki z resztą objawów nieżytu kiszek.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Leon WANDER. Kraków.

Leczenie bezsenności w praktyce neurologicznej Dialem „Ciba".

Z oddziału dla nerwowo i umysłowo chorych Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Prym. Doc. Dr. E. Artwiński.

Zaburzenia snu, które zazwyczaj tylko objawowo występują, a w pewnych postaciach neurastenji i w niektórych schorzeniach systemu nerwowego jak n. p. w *chorea minor*, wysuwają się na plan pierwszy, zmuszają lekarza do specjalnego ich leczenia. I choć stale przy leczeniu bezsenności pamiętać należy o przyczynach i warunkach fizjologicznych, psychicznych lub też zewnątrz-pochodnych w których ona powstała, to przecież jednym i tymsamym środkiem nasennym, byle dobrym i odpowiadającym potrzebnym wymaganiom — możemy ją zwalczyć bez względu na tło.

Taki idealny środek nasenny powinien działać na centralny system nerwowy pewnie i wcześnie, sprowadzać sen spokojny i długi, nie wywoływać żadnych ubocznych i następowych dolegliwości, nie mieć nieprzyjemnego posmaku, być rozpuszczalnym we wodzie i zdatnym do zastrzykiwań podskórnych.

Zwłaszcza w praktyce neurologicznej i psychjatrycznej okazuje się konieczność posiadania niezawodnego środka nasennego, któryby równocześnie działał też uspokajająco jako *sedativum* i kojąco jako *analgeticum*.

Odkąd Mering w r. 1904 odkrył kwas dietylbarbiturowy t.j veronal, datują się dalsze związki chemiczne pochodne kwasu barbiturowego jak medinalu, noctalu, propenalu, luminalu.

Największej sławy i to zupełnie słusznie zażywał dotąd veronal. Jednak posmak ma gorzki, do zastrzykiwań się nie nadaje, rozpuszcza się dopiero w 1:145, pozostawia prawie zawsze po sobie uczucie senności i ociężałość głowy, sprowadza sen dość późno, doprowadza do przyzwyczajenia, a w razie przerwania w podawaniu go do objawów abstynencji.

Zaczęliśmy wobec tego stosować na naszym oddziale u 48 chorych, głównie u kobiet, „Dial", który jest kwasem dwuallylbarbiturowym, względnie „Didial" Ciba, to jest dwuallylbarbituran etylmorfiny. Ten ostatni przedewszystkiem u podnieconych, w bezsenności z powodu bólów, a nie ustępującej po dialu i w 2 przypadkach *chorea minor*.

Doświadczenia przeprowadzono u chorych z *psychopatia constit.* (5), *dementia senilis* (3), schizofrenia (3), schizofrenia ze stanami podniecenia (5), *depressio* (1), *psychosis maniacalis-depr.* (1), *hysteria* (3), *hallucinosis ac.* (1), *epilepsia* (1), *meningitis cer. sp.* (1), *tumor cerebri* (1), *morbus Ménière* (1), *sclerosis diss.* (1), *chorea minor* (8), *encephalomacia* (1), *neuritis i neuralgia n. ischiadici* (2), *lues cer. spin.* (3), *tabes dors.* (2), *hemiplegia post hemorrh. cerebri* (1).

Na ogół musimy przyznać, iż dial rzadko tylko zawodził, aczkolwiek idealnym według wyżej wyłuszczonych przesłanek nazwać go nie można. W niektórych przypadkach jedynie był on skutecznym i aczkolwiek nieraz też zawodził — zwłaszcza w bezsenności w przebiegu histerji, to fakt ten traci częściowo na wadze jeśli uprzytomnimy sobie, jak nieograniczone są możliwości reagowania w histerji i jak nieraz zwyczajna mączka działa po zasuggerowaniu wybitniej niż najsilniejszy środek nasenny.

Nie stwierdziliśmy również jakiegoś wybitniejszego działania przeciwbólowego w sprawach chorobowych połączonych z intenzywnemi bólami *(Tabes dorsalis)* mimo, że w piśmiennictwie [1]), notowane jest stosowanie dialu zamiast morfiny. Zależało nam bardzo na tem, czy dial łączy w sobie wartości środka uspokajającego. I przekonaliśmy się o dobrym skutku, dając po ½ kołaczyka (0,05) w dzień, a po 1 całym kołaczyku (0,1) przed spaniem w stanach lękowych i w lżejszych postaciach niepokoju psychoruchowego, zaś po 1 kołaczyku w dzień, a po dwa kołaczyki wieczorem u silniej podnieconych.

U chorych szałowo podnieconych nie uciekaliśmy się nigdy do dawek pięciokrotnych, jak to robił Julius Berger [2]) (0,5 = 5 kołaczyków), ale dobre usługi oddawał kombinowany zastrzyk dialu (0,2) ze scopolaminą (0,0003).

Zachęcająco bezwzględnie wypadło leczenie bezsenności w przebiegu *chorea minor*. Okazało się, że wpływ dialu był również dodatni na przebieg samej choroby, skracając go niejednokrotnie do paru dni w ostrych i po raz pierwszy przebiegających przypadkach.

U chorych naszych nie stwierdziliśmy po zażywaniu Dialu zaburzeń ze strony ciepłoty, ciśnienia krwi, czynności serca, przewodu pokarmowego ani też zmian w moczu [3]). Na smak nie skar-

---

[1]) Schw. M. W. 1923 Nr. 11, Galli, Stern 2 kl. Siemerlings, B. kl. W. 1914.

[2]) B. kl. W. 1914. Nr. 14.

[3]) Według Hirschfelda (D. m. W. 1924) Pietri (Bull. Med. 1921), Zulchaura (D. m. W. 1914) rozkłada się Dial na nietrujące składniki, a mianowicie na mocznik, wodę i kwas węglowy, stąd toksyczność i ewentualna kumulacja w organiźmie jest minimalna. A. M. Bickel i Katzenbogen w Bull. gen. de Therap. 1924 Nr. 7. podają 3 przypadki zatrucia samobójczego, w których nie było zejścia śmiertelnego nawet po zażyciu jednorazowem 10—14 dawek normalnych. Różnica bowiem pomiędzy dosis eff. a letalis jest wielka.

żono się, co w praktyce jest momentem bardzo ważnym. Chorzy popijali po zażyciu paru łykami ciepłej wody lub herbaty dla lepszego wessania. W bezsenności w przebiegu nerwic wystarczał zazwyczaj 1 kołaczyk, a wyjątkowo podawano dwa lub dwa i pół kołaczyków. Chorzy zasypiali zazwyczaj po ½—1 godziny i spali przeciętnie przez 7—8 godzin, dostatecznie głęboko i często nie budząc się mimo niepokoju na oddziale..

Ubocznych zaburzeń nie stwierdzono. Jedynemi dolegliwościami, na jakie się żalono bywały: zawroty głowy i zamęt. Przyzwyczajenia nie zauważono.

Nie da się zaprzeczyć, że w bezsenności, w przebiegu nerwic którąbyśmy nazwać mogli *„essentialis"* ze względu na to, że wypełnia ona nieraz cały obraz chorobowy, działają często dobrze sposoby lecznicze fizykalne lub psychoterapja, dalej, zmiana trybu życia, pożywienia, otoczenia. Trzeba jednak przyznać„ że w większości przypadków musimy udać się o pomoc do dobrych środków nasennych. Na podstawie zaś naszych doświadczeń nad „Dialem" możemy wypowiedzieć się następująco:

1. „Dial" wzbogacił zasób dobrych środków nasennych i uspokajających i w wielu przypadkach wykazał wyższość nad innemi lekami nasennemi.

2. W leczeniu *chorea minor* rokuje wielkie nadzieje [4]).

3. Jako środek kojący nie wykazał wybitniejszego działania.

4. U szałowo podnieconych wskazanem jest kombinowanie dialu ze scopolaminą.

Dr. Antoni FALKIEWICZ. Lwów.

O stosowaniu scillarenu.

Z II-ej Kliniki chorób wewn. U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Roman Rencki.

Od r. 1918 — od ukazania się pracy Mendla zatytułowanej: „Bulbus scillae ein zu Unrecht vernachlässigstes Herzmittel", zwrócono baczniejszą uwagę na działanie cebulki ostrawki pomorskiej *(bulbus scillae maritimae)*, stosowanej powszechnie w starożytności przeciw obrzękom, w wiekach średnich zapomnianej prawie zupełnie, a od czasu wprowadzenia naparstnicy używanej tylko jako lek pomocniczy (rzadko i w bardzo małych dawkach). W niedługi czas potem ukazał się szereg prac doświadczalnych i klinicznych o tym leku — z polskich Kryszek: cebulka ostrawki pomorskiej. Pol. gaz. lek. 1925. Nr. 21.

Cebulka o. p. rośnie w krajach śródziemnomorskich w dwu odmianach: białej i czerwonej. Pod względem chemicznym zawiera obok glukozydów działających na serce ślad kofeiny, lewoskrętny cukier sinistrynę, wiązki pryzmatycznych kryształków szczawianu potasu i silnie drażniące lotne ciała t. zw. rafidy (w starożytności znana była także jako *vesicans)*. Większość badaczy zalicza cebulkę o. p. do rzędu strofantyn i zgadza się co do jej działania na fazę skurczową w przeciwieństwie do Mendla, który odnosił działanie jej do fazy rozkurczowej i dlatego polecał zwłaszcza w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego oraz niedomykalności zastawek tętnicy głównej jako tych, w których jego zdaniem niedomoga polega na zaburzeniach fazy rozkurczowej.

Glukozydy cebulki o. p. pod względem jakości stoją blisko glukozydów naparstnicy. Zawartość ich jest różna nie tyle w obu odmianach, ile w tej samej odmianie zależnie od miejsca wzrastania, pory roku, zbioru i t. d. — podobnie jak w naparstnicy, a może nawet w jeszcze większym stopniu. Markwalder oznaczył wartość działania cebulki o. p. na 8,300.000—8,550.000 jednostek żabich na kg. suchej substancji (nieznaczne wahania między świeżo przygotowaną a wysuszoną substancją). Tenże sam autor wykazał także że cały szereg znajdujących się w handlu wyciągów nie zasługuje na to miano, ponieważ zawiera mniej czynnych substancyi aniżeli materjał, z którego zostały sporządzone.

Scillaren jest przetworem zawierającym czynne składniki cebulki o. p. bez domieszki ciał drażniących. Stosować go można pod postacią pastylek, proszku, kropli lub wstrzykiwań dożylnych (jedna pastylka à 0,2 gr. = jedna ampułka — a zawiera około 600—800 jednostek żabich).

W klinice tutejszej stosowano scillaren w ciągu 2 ostatnich lat w 16 przypadkach niedomogi serca na tle bądźto wady zastawkowej, bądźto zwyrodnienia mięśnia miażdżycowego lub kiłowego. Większość przypadków stanowili chorzy, u których poprzednio stosowano naparstnicę. ale nie można było z jej pomocą osiągnąć wyrównania niedomogi, bo reagowali niedostatecznie lub prawie zupełnie nie reagowali. Podawano 3—6 pastylek dziennie, w kilku przypadkach pod postacią wstrzykiwań dożylnych jedną ampułkę dziennie, także z 10 ccm. 10% roztworu glukozy. W miarę cofania się objawów niedomogi dawkę odpowiednio zmniejszano. We wszystkich prawie przypadkach bardzo wyraźny był wpływ na diurezę. W 2—4 dni od rozpoczęcia doustnego podawania leku ilość dobowa moczu poczynała wzrastać, a u niektórych chorych dochodziła do wartości podwójnej niż przy innych środkach moczopędnych n. p. diuretynie (w jednym przypadku przy naparstnicy z diuretyną wynosiła 700—800 ccm. na dobę, a po rozpoczęciu podawania scillarenu wzrosła do 1800). Przez równoczesne stosowanie diuretyny czy innego środka z tej grupy (teofiliny, eufiliny, teocyny), można było osiągnąć jeszcze wyższe wartości. Wstrzykiwania salyrganu wykonywane w okresie podawania scillarenu dawały u kilku chorych wyraźnie większy skutek niż te same dawki w okresie podawania innych środków moczopędnych. Wpływ na serce objawiał się zwolnieniem akcji serca, podwyższeniem parcia krwi i cofaniem się objawów zastoju (sinica, duszność, kaszel).

W przypadkach niemiarowości zupełnej ze zwolnieniem akcji serca malał deficyt tętna, jednak szczególnego wpływu scillarenu na przywrócenie rytmu normalnego u tych chorych nie obserwowano.

W jednym przypadku zwyrodnienia kiłowego mięśnia sercowego u 43-letniego mężczyzny ze znaczną rozstrzenią serca, wysokiego stopnia obrzękami, który bardzo dobrze reagował na scillaren, wystąpił po podawaniu tegoż trzykrotnie rytm bliźniaczy, na tle skurczów dodatkowych typu komorowego *(bigeminia extrasystolica)*, stwierdzony elektrokardiograficznie, pod postacią dość częstych do 3 min. trwających napadów; pierwszy raz po 6 dniach stosowania scillarenu po 5 pastylek dziennie, drugi raz po 12 dniach po 3 pastylki dziennie, trzeci po tej samej mniejwięcej dawce. Bigeminia owa za każdym razem ustępowała zaraz po odstawieniu leku. Początkowo sądzono, że powolne wydzielanie się naparstnicy, którą chory poprzednio brał (scillaren podano za pierwszym razem w 2 — za drugim w 8 dni po odstawieniu naparstnicy) odgrywało rolę w powstawaniu tego zaburzenia rytmu. Ponieważ jednak za trzecim razem bigeminia owa wystąpiła po tej samej dawce co poprzednio mimo, że od odstawienia naparstnicy upłynęło 6 tygodni, powstanie jej wytłómaczono tylko działaniem scillarenu przy szczególnej wrażliwości indywidualnej tego chorego. Po dużych dawkach opisano (Massini) wystąpienie zaburzeń przewodnictwa.

W jednym przypadku obserwowano zaburzenia żołądkowe. U chorej z wadą kombinowaną, ze zrostami osierdziowo-opłucnowemi i znacznego stopnia niedomogą, u której wpływ scillarenu na krążenie i diurezę był wybitny, wystąpił po 10 dniach stosowania tegoż brak apetytu, nudności i kilkakrotne wymioty. Objawy owe w niedługi czas po odstawieniu leku ustąpiły.

U chorych, którym wstrzykiwano scillaren dożylnie działanie występowało prędzej niż przy podawaniu doustnem, zwłaszcza zwiększenie diurezy — w 8—10 godzin po wstrzyknięciu. Wyraźniejszego wpływu równoczesnego wstrzykiwania 10% glukozy nie obserwowano.

Streszczając można powiedzieć, że przez stosowanie scillarenu da się osiągnąć znaczną poprawę zwłaszcza w tych przypadkach, które na podawanie naparstnicy nie reagują, albo niedostatecznie reagują, a więc tych, które lekarzowi sprawiają najwięcej trudności. Podnieść należy zwłaszcza wybitne działanie moczopędne tego leku. Przy podawaniu doustnem najlepiej zacząć od dawek stosunkowo dużych — 4—6 pastylek dziennie, kierując się stanem chorego, w miarę zaś cofania się niedomogi dawkę stopniowo zmniejszać; małe dawki — 2 pastylki dziennie — można potem przez dłuższy czas podawać. W przypadkach wymagających szybkiego działania można wstrzykiwać dożylnie jedną ampułkę dziennie przez kilka dni. Po kilku wstrzyknięciach — zależnie od potrzeby — rozpocząć podawanie doustne. Wstrzykiwania należy wykonywać ostrożnie, gdyż nawet nieznaczna ilość leku dostawszy się poza żyłę wywołuje bolesny naciek.

Dr. Karol BRAUN. Lwów.

Przypadek guza gruźliczego krtani *(Tuberculoma)*, wyleczonego po tracheotomji naświetlaniami Roentgena.

Z oddziału chorób uszu, nosa i gardła Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Spalke.

Najczęstszem powikłaniem gruźlicy płuc jest gruźlica krtani. Jako schorzenie pierwotne występuje ona bardzo rzadko, a wielu

[4]) Wyniki doświadczeń w leczeniu chorea minor ukażą się w osobnej pracy.

autorów odrzuca możliwość istnienia pierwotnej gruźlicy krtani. Mimo to jednak tak poważny klinicysta, jak Strümpell, uważa pierwotne usadowienie się prątków gruźliczych w krtani za możliwe, a stąd następowe zakażenie płuc. Podobne przypadki są opisane przez O r t h a, E. F r a e n k l a, P o g r z e b i ń s k i e g o, M e n a s s e i S t e i n e r a; są to jednak przypadki rzadkie i niepewne tak, że w praktyce lekarskiej nie mają większego znaczenia. Rzeczywista pierwotna gruźlica krtani należy do największych rzadkości (G. F i n d e r).

Częstość tego schorzenia waha się, podług różnych statystyk, od 13.8% do 97%, co można wytłumaczyć różnolitością materjału u poszczególnych autorów, zdaje się jednak, że przeciętnie nie przekracza ona 25% (W. B r u n n i n g s), przyczem obojętnym jest stan płuc (B e z o l d, G i d i o n s e n), albowiem ciężkiej gruźlicy krtani towarzyszyć mogą małe zmiany w płucach i naodwrót. Stosunek występowania schorzenia tego u mężczyzn i u kobiet przedstawia się, jak 3:1. L e w i e s podaje statystykę, według której na 71% mężczyzn tylko 29% kobiet zapada na gruźlicę krtani. Tłumaczy się to większem drażnieniem krtani u mężczyzn przez palenie, alkohol i czynniki zawodowe. Co się tyczy wieku, najczęściej ulegają temu schorzeniu osobnicy miedzy 20—40 rokiem życia, jakkolwiek gruźlica krtani może pojawić się tak u dzieci, jak u starców. Zwłaszcza u dzieci spostrzegano w czasach powojennych dość częste przypadki gruźlicy krtani (G. F i n d e r).

Sposób powstawania tego schorzenia tłumaczy się zakażeniem przez plwocinę, zawierającą prątki gruźlicze. Zakażenie zachodzi przez nabłonek uszkodzony. Jest też możliwe zakażenie na drodze krwionośnej, i chłonnej. Opisywane w najnowszych czasach zakażenie drogą chłonną, drogą wsteczną, ze schorzałych gruczołów okołooskrzelowych jest mało prawdopodobne. (B l u m e n f e l d).

Gruźlica krtani może się przedstawiać pod postaciami rozmaitemi, zależnie od czasu trwania schorzenia. Rozpoczynając się pod postacią podnabłonkowego guzka, w miejscu, gdzie prątek gruźlicy dostał się do tkanki, przechodzi ona w okres nacieku, który z czasem ulega owrzodzeniu, powodując niekiedy głębokie ubytki, i zapalenia chrząstki. Ze wszystkich tych postaci gruźlicy krtani, przedstawiających tylko jej poszczególne okresy, najrzadszą jest pewna postać, występująca w okresie nacieków jako guzy t. z. *tuberculoma*. G. F i n d e r, który tę postać gruźlicy krtani uważa za bardzo rzadką, mógł w czasie swej długoletniej praktyki lekarskiej, tylko w 3 razach napewne stwierdzić *tuberculoma* krtani, 2 razy wychodzący z kieszonki Morgagniego, raz z więzadła rzekomego. A. J a e h n e opisał również przypadek guza gruźliczego krtani wychodzącego z kieszonki Morgagniego, który, usunięty operacyjnie, szybko odrastał, przyczem proces gruźliczy w płucach gwałtownie się pogorszył. G e r b e r, M a c k e n z i e, S e m o n s, A v e l i s, S u c h a n e k opisali także poszczególne przypadki guza gruźliczego krtani. Guzy te powstają często bez jakichkolwiek innych zmian gruźliczych w krtani i przy zmianach gruźliczych w płucach niedających się wykazać. Są one niejako wyrazem odczynu otaczającej tkanki łącznej i nabłonka, na zakażenie prątkiem gruźlicy. Rozpoznanie omawianej postaci gruźlicy krtani, przysparza pewne trudności. N. p. S c h e c h uzależnia rozpoznanie od równoczesnego stwierdzenia owrzodzeń w pobliżu guza, podczas gdy A v e l i s, a zwłaszcza F i n d e r, z naciskiem podkreślają, że tylko wtedy można mówić o guzie gruźliczym krtani, gdy nie ma owrzodzeń. Jakkolwiek pogląd ten przeszedł do piśmiennictwa, to jednak trudno jest zgodzić się nań bez zastrzeżeń, bo przy obecności niewątpliwie stwierdzonego guza gruźliczego krtani, następowo mogą powstać owrzodzenia; nie może to jednak zmienić rozpoznania pierwotnego (B l u m e n f e l d). B l u m e n f e l d określa te guzy jako *„tumor tuberculosus"* w znaczeniu anatomo-patologicznem, przy obecności tych wszystkich pierwocin które dla gruźlicy są charakterystyczne. Omawiane guzy mogą podług Gerbera występować równocześnie z toczniem skóry. Określa on je wtedy nazwą *lupoma*. Nie różnią się one jednak, według B l u m e n f e l d a, w niczem od poprzednio opisanych guzów *(tuberculoma)*.

Rokowanie w tej postaci gruźlicy krtani, daje najlepsze wyniki lecznicze. Mając od pewnego czasu w obserwacji wyleczony przypadek guza gruźliczego krtani, przedstawiam historję choroby tego przypadku w zarysach ogólnych. Z pośród arsenału najrozmaitszych środków, stosowanych w leczeniu gruźlicy krtani, zastosowaliśmy w tym przypadku tylko naświetlania Roentgenem. Naświetlania te nastąpiły po poprzednio wykonanej tracheotomji, która, jakkolwiek wykonana tylko z powodu duszności, niemniej jednak w znacznej mierze przyczyniła się do tak korzystnego wyniku naświetlań.

A. St. lat 22, zarobnica. Według zapodania niechorowała w dzieciństwie. Od kilku miesięcy cierpi na chrypkę, która stale się wzmaga. Równocześnie wystąpił silny kaszel i poty w nocy. Przed 5 tygodniami dołączyły się bóle przy połykaniu i duszność. Z powodu zmian, które chora miała równocześnie na skórze lewego przedramienia, została przyjęta do szpitala powszechnego we Lwowie, w dniu 3. VIII. 1926 na oddział skórny (Prym. Dr. L e s z c z y ń s k i) z rozpoznaniem zwykły toczeń przedramienia lewego. Chora pozostawała tam w leczeniu do 20. VIII. 1926. W dniu tym wystąpiła nagle nad ranem gwałtowna duszność. Wykonano natychmiastową tracheotomję i chorą przeniesiono na oddział laryngologiczny.

20. VIII. Stan chorej z chwilą przyjęcia na oddział: Średniego wzrostu miernego odżywienia. Błony śluzowe od zewnątrz widoczne są blade. Źrenice oddziaływują. Skóra na twarzy bez zmian. Nos, jakoteż skóra w okolicy nosa i warg, bez zmian. Jama ustna: Błona śluzowa blada, jednak zmian nie wykazuje. Przy wziernikowaniu obraz normalny. Badanie krtani wykazuje guz, wychodzący z lewej strony z pod nagłośni, wypełniający górną część krtani. Guz ten, którego punkt wyjścia w stanie obecnym trudno określić, zasłania zupełnie więzadła głosowe. Owrzodzeń niema. Klatka piersiowa wązka, asteniczna w płucach nie można stwierdzić zmian wypukiem ani przysłuchem. Serce w granicach normalnych. Brzuch bez zmian. Na lewem przedramieniu na skórze stwierdza się zmiany, odpowiadające toczniowi skóry. Mocz zmian nie wykazuje. Kał bez zmian.

Prześwietlenie klatki piersiowej wykazuje lekko zaznaczony rysunek wnękowy i gruczoły chłonne, zwłaszcza po stronie prawej. Rozpoznanie: *Tuberculoma laryngis, Lupus vulg. antibrach. sin.* 27. IX. 1926 chora opuszcza szpital na własne żądanie. 15. X. Chora zgłasza się powtórnie do szpitala na oddział otolaryngologiczny. Stan chorej znacznie się poprawił, kaszel ustąpił. Laryngologicznie stwierdza się jeszcze guz zasłaniający zupełnie więzadła głosowe. Owrzodzeń niema. 18. X. Pierwsze naświetlenie Roentgenem krtani po stronie prawej $\frac{6\ H}{4\ Al}$. 25. X. Drugie naświetlenie Roentgenem krtani po stronie lewej.

26. X. Chora opuszcza szpital z pewną poprawą, z tem, że ma się zgłosić po 6 tygodniach.

1. XII. 1926. Zgłasza się chora do powtórnego naświetlenia. Stan chorej przedstawia się następująco: stan podmiotowy o wiele lepszy, kaszel zupełnie ustąpił, bólów przy połykaniu niema. Krtań: więzadła głosowe obecnie dobrze widoczne, żadnych zmian nie wykazują. W okolicy spoidła przedniego stwierdza się pozostałości nacieku, sięgające na rzekome więzadło lewe, również stwierdza się naciek na przedniej ścianie tchawicy.

2. XII. 1926. Trzecie naświetlenie Roentgenem krtani po stronie lewej $\frac{6\ H}{4\ Al}$

6. XII. 1926 Chora ma się zupełnie dobrze, nie kaszle.

10. XII. 1926. Czwarte naświetlenie Roentgenem krtani po stronie prawej $\frac{4\ H}{4\ Al}$

14. XII. 1926. Chorą przenosi się na oddział skórny celem dalszego leczenia tocznia na skórze.

28. I. 1927. Piąte naświetlenie Roentgenem krtani z przodu $\frac{6\ H}{4\ Al}$

12. II. Przenosi się chorą z powrotem na oddział laryngologiczny.

Zmiany na skórze ramienia pokryły się świeżym nabłonkiem. Stan podmiotowy chorej jest bardzo dobry. Chora ma łaknienie, nie kaszle, dobrze wygląda i niema bólów przy połykaniu. Chora prosi o usunięcie rurki tracheotomijnej, która jest jej zbyteczną. Z zatkaną rurką oddecha bardzo dobrze stale od 6 tygodni. Krtań przedstawia się następująco: Więzadła głosowe są bez zmian. W okolicy spoidła przedniego jest różowa blizna sierpowata, wychodząca z $^1/_3$ przedniej części lewego więzadła rzekomego, idąca poprzez spoidło przednie do $^1/_4$ przedniej części prawego więzadła rzekomego. Przy wydechu blizna napina się, tworzy jakby przeponę, pokrywającą w przedniej części szparę międzywięzadłową, nie powoduje jednak żadnej duszności, ani wyraźnego upośledzenia ruchomości więzadeł. Zresztą krtań jest bez zmian.

14 II. 1927. Usunięto kaniulkę. Chora czuje się zupełnie dobrze.

18. II. 1927. Chora ma nieznaczną chrypkę, pozatem żadnej duszności, żadnych bólów.

22. II. 1927. Opuszcza wyleczona oddział.

---

*) Instytut Roentgenologiczny Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie, Prym. Dr. Wrabec, naświetlał Dr. Lenartowski.

Epikryza: W przypadku tym jest więc guz gruźliczy krtani *(tuberculoma laryngis)*. W płucach zmiany są bardzo nieznaczne, badaniem fizykalnem stwierdzić się niedające. Prócz tego jest toczeń na skórze przedramienia lewego. Z objawów należy wymienić kaszel, chrypkę, bóle przy połykaniu i duszność. Z powodu nagłej duszności tracheotomja. Po tracheotomji naświetlania Roentgenem, które po 6 miesiącach (5 naświetlań) dały wynik zupełnego wyleczenia zmian gruźliczych w krtani, z pozostawieniem blizny, którą obecnie uważać należy za podstawę guza. Za czynnik, który wspomógł działanie lecznicze naświetlań uważać należy w tym przypadku tracheotomję, która umożliwiła zupełne unieruchomienie krtani, przez cały czas leczenia.

W roku 1820 pojawia się w piśmiennictwie pierwsza wzmianka o zastosowaniu tracheotomji w celach leczniczych przy gruźlicy krtani (Albers). Myśl ta podjęta później przez M. Schmidta wywołała w piśmiennictwie bardzo żywą dyskusję. Najgorętszy zwolennik tej metody Moritz Schmidt, chciał w ten sposób uzyskać unieruchomienie krtani, co bezsprzecznie bardzo poważnie może przyczynić się do wyleczenia gruźlicy krtani. Nie ulega bowiem żadnej wątpliwości, że wynik jakiegokolwiekbądź leczenia, zastosowanego w gruźlicy krtani, a zwłaszcza przy naświetlaniach Roentgenem, zależny jest przedewszystkiem od możliwości jaknajskuteczniejszego unieruchomienia tego narządu. Stałą troską roentgenologów, zajmujących się leczeniem gruźlicy krtani, jest stałe drażnienie narządu tego przez kaszel lub mowę, co w znacznym stopniu zmniejsza wynik leczniczy naświetlań. Lubiński, Seman, Schmidt podkreślają z naciskiem, że zachowanie zupełnego milczenia — co da się jedynie uskutecznić w odpowiednio urządzonych łecznicach — może w najskuteczniejszy sposób wspomóc leczenie miejscowe gruźlicy krtani. Zachowanie zupełnego milczenia wymaga jednak znacznej energji ze strony chorego. Chorzy często pomagają sobie w ten sposób, że posługują się szeptem zamiast głośnej mowy, co jednak o wiele bardziej natęża organ głosu (Neumann). Jeśli przeto milczenie jest tak ważnym czynnikiem leczniczym w gruźlicy krtani, mogłoby się więc zdawać, że w tym celu wykonana tracheotomja, która przecież zupełnie wyłącza krtań od użytku, powinna znaleźć zupełne uznanie. A jednak tak nie jest. Wielu autorów zapatruje się wręcz przeciwnie, jakkolwiek niejeden z nich przyznaje przecież tracheotomji pewien wpływ leczniczy. F. Seman uważa wprawdzie zupełne uspokojenie krtani za bardzo wartościowy środek leczniczy, obok odpowiedniego leczenia miejscowego, jednak to uspokojenie krtani nastąpić powinno przez milczenie, a nie przez tracheotomję. Blumenfeld występuje bardzo stanowczo przeciwko tracheotomji leczniczej w gruźlicy krtani. Jest on zdania, że wcale nieprzyczynia się ona do uspokojenia krtani, bo chorzy i tak mimo kaniulki mówią i dlatego, że powoduje ona wzmożony kaszel. Trudno jednak podejrzewać tracheotomowanego o gadatliwość, jeżeli się zważy, z jaką trudnością on wogóle mówi, a co do kaszlu, to ten z chwilą przyzwyczajenia się chorego do kaniulki ustaje i wcale nie częściej powtarza się, niż u nietracheotomowanych. To też Kilian, który sam tracheotomję poleca w przypadkach gruźlicy krtani jedynie przy duszności, nie może nie przyznać często zabiegowi temu bardzo korzystnych wyników leczniczych, z powodu lepszego dopływu tlenu, z powodu wyłączenia krtani od kaszlu i mowy i z powodu odpływu plwociny gruźliczej przez kaniulkę. Jedynem poważnem niebezpieczeństwem grożącem tracheotomowanemu jest możliwość pogorszenia stanu chorobowego płuc. To też nadają się do zabiegu tego jedynie przypadki z dobrym stanem płuc. Niektórzy autorowie wspominają o możliwości zakażenia rany tracheotomijnej. P. Wichman opisał przypadek gruźliczego zakażenia przetoki tracheotomijnej z następowem rozwinięciem się toczenia na skórze szyi i karku. Przypadki te są jednak nieliczne i tylko odosobnione pojawiają się w piśmiennictwie. Do takich wyjątków należą przypadki Winklera, który, wśród 9-ciu tracheotomij za każdym razem spotkał się z zakażeniem rany. O korzystnem i wprost leczniczem działaniu tracheotomji, wspomina ostatnio Hermer, który uważa ten zabieg, za najidealniejszy sposób uspokojenia krtani. O leczniczym wpływie tego zabiegu mógł się sam w kilku przypadkach przekonać.

Przy sposobności opisania kilku przypadków znacznej poprawy gruźlicy krtani po tracheotomji, podaje Henrici wskazania do stosowania tego zabiegu w celach leczniczych, a mianowicie: 1) wiek młody, najwyżej do 20 lat. 2) nieznaczne zmiany w płucach, 3) względna dobrotliwość schorzenia krtani. I jeśli Landwehrman w tym właśnie doborze pewnych przypadków, widzi tajemnice powodzenia po tracheotomji leczniczej, to także my zgadzamy się z tem w zupełności. Nie można bowiem wcale spodziewać się, aby w każdym przypadku gruźlicy krtani, tracheotomja mogła się przyczynić do poprawy stanu chorobowego. Są jednak pewne postacie, w których tracheotomja, obok leczenia miejscowego (n. p. Roentgenoterapja) może dać polepszenie wybitne, mianowicie przy guzie gruźliczym krtani. Względna dobrotliwość tej postaci gruźlicy krtani, małe zmiany w płucach i stały wzrost guza, który przy lada obrzęku może krtań w zupełności zamknąć i spowodować nagłą duszność, upoważniają do wykonania w tych razach wczesnej tracheotomji z następowem leczeniem miejscowemi naświetlaniami Roentgenem, które w tych razach dają szybkie polepszenie.

Piśmiennictwo.

1) F. Albers: Pat. u. Ther. d. Kehlkopfkrht. Leipzig. 1820. — 2) Avelis: D. m. Woch. 1831. — 3) F. Blumenfeld: Katz-Blumenfeld Handbuch d. Chir. der oberen Luftwege. — 4) W. Brünings: Denker- Brünings, Lehrb. d. Krkht. der Ohren und der oberen Luftwege. — 5) G. Finder: Kraus-Bruks P. Ther. inner Krht. B. III. — 6) Gerber: Arch. f. Lar. Bd. 29, J. 1914. — 7) Gerber: Zeitschrf. f. Laryngol. B. 7. S. 205. — 8) Henrici: Arch. f. Laryng. Bd. XVIII. H. 1. — 9) Herner: Monatschr. f. Ohrenheilk. u. Laryng. J. 1926. H. W. S. 1004. — 10) Jaehne: Zeitschr. f. Ohrenheil. Bd. LXVI. H. 1. u. 2 — 11) Kilian: D. m. Woch. J. 1912. Nr. 13. — 12) Landwehrman: Zeitschr. f. Ohrenheilk. B. 58. — 13) Lewies: Zeitschr. f. Laryngol. B. 4. S. 455. — 14) Neumann: M. m. Woch. 1902. Nr. 27. — 15) F. Semon: Berl. Kl. Woch. Jarg. 43 Nr. 47 — 16) P. Wichmann: D. m. Woch. 1917. — 17) Winkler: Verh. Deutscher Laryngol. 1905.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. B. MIKŁASZEWSKI. Łódź.

Akcja szczepień ochronnych przeciwpłoniczych na terenie szkół powszechnych dzielnicy XXII-ej miasta Łodzi i jej wyniki.

(Wygłoszone w Tow. Lekarskiem Łódzkiem).

Sądzę, że statystyka operująca mniejszym materjałem, uwzględniająca natomiast pewne cechy indywidualne, może wyodrębnić ciekawe szczegóły tonące w powodzi liczb wielkich statystyk. Pamiętać bowiem należy o różnicach materjału poszczególnych autorów; wskazać też na możliwe, a nieuchwytne różnice w technice miareczkowania toksyny (szczególnie przy próbie Dicka), jak również w ocenianiu rozmaitych stopni wrażliwości. Nakoniec poza ogólnemi ramami danego schematu statystycznego, poszczególni autorowie wspólnej pracy mogą mieć jeszcze niejedno do zaznaczenia. Sądzę więc, że takie fragmenty statystyczne nie będą zbędne, albowiem przyczynić się mogą do uwypuklenia niektórych cech danego przedmiotu.

Podczas całej masowej akcji szczepienia lekarze szkolni byli w stałym kontakcie z sobą za pośrednictwem lekarza naczelnego, który w tym celu zwoływał specjalne posiedzenia i udzielał odpowiednich wskazówek.

Przed rozpoczęciem szczepień ochronnych zbieraliśmy się parokrotnie w szpitalu „Anny-Marji" dla omówienia technicznej strony tej sprawy i korzystaliśmy z cennych wskazówek niektórych kolegów szpitalnych.

Sama akcja nie napotkała na większe przeszkody; chociaż przyznać należy, że nadzieje nasze na życzliwy stosunek do tej sprawy ze strony rodziców zawiodły nas nieco. Zdawało się nam bowiem, że popularność, jaką zdobyły sobie wśród szerszych mas wszelkiego rodzaju zastrzyknięcia, ułatwi nam i na tej drodze pierwsze kroki. Okazało się jednak, że zachowanie się rodziców i bliższego otoczenia w większości wypadków określić można jako bierne i tylko w mniejszości było życzliwe, — chociaż przeprowadzałem w tym celu specjalne konferencje z rodzicami i Opieką szkolną. Przyznać się tu muszę, że podczas konferencyj tych zamilczałem dyskretnie o konieczności powtórnych szczepień ochronnych poza próbami Dicka. Ułatwiło mi to akcję, bo otrzymawszy zasadniczą zgodę rodziców, dokonywałem powtórnie szczepienia bez uprzedzenia o dniu następnych szczepień. Z samemi dziećmi sprawa szła daleko łatwiej; ze strony nauczycielstwa, naturalnie, doznałem życzliwego poparcia.

Serje szczepień ochronnych i rozpoznawczych przeprowadziłem u dzieci od lat 7-iu do 12-tu, tak ze względu na większą zaraźliwość dzieci w tych okresach, jak również na oszczędność czasu i materjału. Pamiętać bowiem należy, że intenzywna ta praca w ciągu 6-ciu tygodni z małemi przerwami, odrywała nas w znacznym stopniu od normalnej roboty w szkole.

Przed rozpoczęciem szczepień rozpoznawczych każde dziecko poddane było szczegółowemu badaniu i dzieci znacznie wycieńczone, chore, a szczególniej podejrzane o gruźlicę, były wy-

eliminowane; u wszystkich też kandydatów do szczepień ochronnych jeszcze przed próbą Dicka robione były badania moczu.

Plan podług którego opracowaliśmy schematy statystyczne był taki:

A Wrażliwość na płonicę.

1) Ogólna wrażliwość na płonicę wykazana w odsetkach;

2) Wrażliwość w stosunku do płci (chłopcy i dziewczęta);

3) Wrażliwość w stosunku do wieku (u chłopców i dziewczat);

4) Rozmaite jej stopnie (wybitnie dodatni ++, dodatni +, słabo dodatni +— w odsetkowym stosunku do ogólnej wrażliwości na płonicę.

B Uodpornienie na płonicę po trzechkrotnem szczepieniu ochronnem.

1) Ogólny stopień uodpornienia wykazany w odsetkach;

2) Uodpornienie w stosunku do płci;

3) Uodpornienie w stosunku do wieku (chłopcy i dziewczęta).

C Stosunek uodpornienia do rozmaitych stopni wrażliwości, czyli zmiany, jakie wywołuje uodpornienie.

D Odczyn ustroju na szczepienia ochronne.

1) Odczyn ogólny (ciepłota, wysypka, ogólny stan zdrowia);

2) — miejscowy (ze strony nerek i objawy w miejscu zastrzyknięcia);

3) Późniejsze zmiany w ustroju po szczepieniach ochronnych — dodatnie lub ujemne.

Przypadki płonicy u dzieci z dodatnim i ujemnym odczynem Dicka. Przypadki płonicy u szczepionych wakcyną ochronną podczas samej akcji lub bezpośrednio po niej.

Płonica w najbliższem otoczeniu dzieci szczepionych i ich wrażliwość na infekcję.

Analiza wyżej streszczonych wyników i wnioski na niej oparte.

Tak się przedstawia plan, do którego stosowaliśmy się przy opracowaniu tego referatu. Przechodzimy więc do rozważania szczegółowego osiągniętych przez szczepienie wyników, zaczynając od szczepień ochronnych.

Takich szczepień, czyli prób Dicka, zrobiono 583. Z tej sumy zanotowano wrażliwych na płonicę dzieci w rozmaitym stopniu 343. Czyli wrażliwoć na płonicę według naszych obliczeń wynosi 58%; — 55% u chłopców i 61% u dziewcząt. Stąd wniosek, że wrażliwość u dziewcząt jest o 6% większą, niż u chłopców.

W stosunku do wieku odsetek wrażliwości u obojga płci przedstawia się tak: w wieku 7-miu lat wrażliwych na płonicę zanotowano 61%, w ósmym roku 59%, dziewiątym — 60%, dziesiątym 52 i jedenastym 41,1%. Widzimy więc, że wrażliwość znajduje się w odwrotnym stosunku do wieku dziecka, — z wiekiem maleje. A między siódmym i jedenastym rokiem różnica ta sięga już 20%.

Wzajemny stosunek rozmaitych stopni wrażliwości (wybitnie dodatni, dodatni i słabo dodatni) tak się przedstawia: z reakcją wybitnie dodatnią zanotowaliśmy 14,5%, dodatnią 52,5% i słabo dodatnią 36%; widzimy więc, że dzieci z wybitnie dodatnim odczynem Dicka stanowią znaczną mniejszość. Byłoby rzeczą ciekawą wyjaśnić, w jakiej zależności znajduje się wrażliwość (rozmaite jej stopnie) do ogólnego stanu zdrowia, odżywiania i socjalnego środowiska dzieci. Na pytanie to jednak nie możemy dać określonej odpowiedzi ze względu na skromny materjał statystyczny. Nie odnieśliśmy jednak wrażenia, aby dzieci znajdujące się w lepszych warunkach bytowania były mniej wrażliwe. Zestawiając podane tu fakty o stanie wrażliwości na injekcje z wynikami cytowanemi przez niektórych zagranicznych i naszych autorów (Dick, Cyngler, Celarek i inni) widzimy, że wyniki te są bardzo do siebie zbliżone, za wyjątkiem chyba Cynglera. W statystyce Dicków procent wrażliwości na płonicę waha się między 42 a 58%; w monografji Celarka procent ten wynosi 46. U nas, jak to zaznaczyłem, dochodzi 58. Analogicznie przedstawia się stan wrażliwości w zależności od płci i wieku, jak u nas tak i u tych autorów. Jedynie w pracy Cynglera procent wrażliwych na płonicę znacznie odbiega od podanych wyżej cyfr i waha się między 29 a 32 procentami. Trudno narazie odpowiedzieć, czemby się dała wytłumaczyć tak znaczna różnica. Może to jednak stać do pewnego stopnia w zależności od sposobu miareczkowania przy próbnych szczepieniach po Dicku, mniejszej lub większej skrupulatności przy dawkowaniu. Mogą też zachodzić indywidualne różnice przy rozpoznawaniu rozmaitych stopni reakcyj po Dicku; u rozmaitych autorów reakcja *słabo dodatnia* mogła być mniej lub więcej ignorowaną, albo uznaną za ujemną, a w takim razie i procent wrażliwości ulegałby znacznej zmianie. Trzeba powiedzieć, że rozpoznawanie rozmaitych stopni reakcyj na próbne zastrzyki po Dicku nie można uważać za ścisłe, dopuszcza bowiem pewną dowolność indywidualną, co stanowi ujemną stronę tej metody. Tem bardziej znamienna jest zgodność wyników u większości autorów, którzy tą sprawą się interesowali.

Zatrzymałem się nieco dłużej na rozważaniu wyników osiągniętych przez szczepienia rozpoznawcze, albowiem w referatach warszawskich autorów sprawa jest zbyt pobieżnie omawiana.

Głównym jednak celem naszej akcji była naturalnie sprawa uodpornienia na płonicę, do omawiania której teraz przechodzę.

Dawkowanie wakcyny uodparniającej stosowaliśmy według przepisów, podanych przez Warszawski Instytut Higjeniczny, skąd otrzymaliśmy także szczepionkę; jest to kombinacja zmodyfikowanej przez C e l a r k a wakcyny G a b r y c z e w s k i e g o, zawierająca ciała wyhodowanych na buljonie *swoistych paciorkowców*, zabitych przez ogrzewanie oraz ich toksyny.

Szczepień ochronnych przeciwpłoniczych naogół wykonałem 334; stanowi to 77,5% tych dzieci, u których stwierdzoną została w większym lub mniejszym stopniu wrażliwość na płonicę. Pozostałe 22½% dzieci nie otrzymało szczepień ochronnych ze względu albo na nieodpowiedni stan zdrowia, lub wskutek sprzeciwu rodziców.

Z liczby 238 obojga płci dzieci, które przeszły trzykrotne szczepienia ochronne, uodporniono na płonicę 71%; czyli u wszystkich ich dodatnia reakcja na płonicę zmieniła się na ujemną. Uodpornionych chłopców zarejestrowano 72,5%, dziewcząt 69,5%. Stąd wynika, że chłopcy łatwiej się nieco uodporniają od dziewcząt.

W stosunku do wieku procent uodpornionych obojga płci tak się przedstawia: siedmiolatki stanowią 70%, 8-miolatki 67,5%, 9 — 72 i 10 lat 73%.

Wnosimy stąd, że podatność ustroju na uodpornienia wzrasta z wiekiem.

W stosunku do stopnia wrażliwości na płonicę uodpornienie osiągnięto — u dzieci z wybitnie dodatnią reakcją Dicka — w 40%, z dodatnią reakcją w 70% i ze słabo dodatnią — w 81%.

Takie wyniki dowodzą, że odsetek uodpornienia znajduje się w odwrotnym stosunku do wrażliwości na płonicę, czyli, że przy większej wrażliwości osiąga się mniejszy stopień uodpornienia.

Porównując osiągnięte przez nas wyniki z podanemi przez innych autorów — widzimy, że u C e l a r k a i S p a r r o w e j procent uodpornionych jest nieco mniejszy, albowiem wynosi tylko 66, w stosunku do 71% *u nas*. Być może jednak, że różnice te wyrównają się po zapoznaniu się z ogólnem sprawozdaniem, które opracuje kol. Gutentag, a które objąć powinno całokształt pracy w tym kierunku lekarzy szkół powszechnych m. Łodzi; być może więc, że większy znacznie materjał statystyczny zniweluje tę różnicę. Co się tyczy innych autorów — głównie Dicka — to sam procent uodpornionych sięga już pokaźnej cyfry — 91,8, co odpowiada liczbie uodpornionych przez chorobę. Prawdopodobnie jednak tak wysokie cyfry uodpornienia znajdują się w zależności od znacznie większej dawki szczepionki stosowanej przez Dicka, bo prawie podwójnej.

Z objawów, które towarzyszyły szczepieniom wakcyną ochronną, należy mówić o reakcji, jaką wywołuje w ustroju ta wakcyna. Reakcja ta sprowadza się do objawów ogólnych i miejscowych. Muszę jednak wyznać, że obserwacja moja w tym wypadku nie była zbyt dokładna; ze względu na warunki pracy w szkole i masowe szczepienia, nie mieliśmy wolnego czasu dla systematycznej kontroli wszystkich tych dzieci, które z tych lub innych powodów nie zjawiały się przez kilka dni w szkole po zastrzyknięciu wakcyny; musieliśmy więc ograniczyć się do obserwacji tylko tych wypadków wybitnie silnych odczynów, o których zostaliśmy powiadomieni przez rodziców. Z wybitnie zaznaczonemi objawami odczynu ogólnego na szczepienia ochronne zanotowaliśmy cztery przypadki — trzy u dziewcząt i jeden wśród chłopców. Cechowały się one wysoką bardzo ciepłotą do 40° Celsjusza, ogólnem zaczerwienieniem powłok skóry, a u dwóch dziewcząt anginą, przy ogólnem jednak dobrem samopoczuciu. Po 24-ch godzinach wszystkie objawy znikały. Badanie moczu nie wykazało żadnych zmian. Co się tyczy odczynu miejscowego, to należy tu wspomnieć o kilkunastu przypadkach mocnego zaczerwienienia skóry w miejscu zastrzyknięcia i znacznego obrzęku całego miąższu w tej okolicy, co utrudniało przez kilka dni chodzenie.

Jesteśmy w tem szczęśliwem położeniu, że po zastrzyknięciu wakcyny nie spostrzegaliśmy powikłań ze strony nerek. Badania moczu u wszystkich dzieci poddanych wakcynacji dokonywa-

liśmy dwukrotnie — przed szczepieniami i zaraz po ukończeniu takcwych; w międzyczasie zaś tylko w wypadkach ostrej reakcji ustroju na zastrzyk. W kilku tylko przypadkach mogliśmy stwierdzić przemijający, nieznaczny białkomocz. Spostrzeżenia nasze zbliżone są bardzo do spostrzeżeń amerykańskich autorów, którzy notują tylko w pojedyńczych przypadkach niewielkie bardzo zmiany w moczu. Z naszych autorów również optymistyczne dane znajdujemy w pracy C e l a r k a. Natomiast w kwestji tej Ł a w r y n o w i c z i B o h d a n o w i c z ó w n a zajmują odrębne stanowisko; z liczby 36-ciu uodpornionych dzieci w 40-tu z górą procentach wykazali oni odczyny nerkowe. Spostrzeżenia większości kolegów z Łodzi, którzy przeprowadzali szczepienia w takimże jak ja stosunku, zgodne są z moimi, a tylko jeden kolega, który przeprowadził jednak niewielką ilość szczepień, wykazuje zmiany w moczu szczepionych dzieci w znacznym odsetku. Ścisłe jednak badanie moczu nie było dokonywane.

W planie, do którego stosowaliśmy się przy opracowaniu tego referatu, figuruje rubryka, notująca przypadki płonicy u dzieci podczas szczepienia ich wakcyną ochronną lub po niej, jak również przypadki płonicy w najbliższem otoczeniu szczepionych dzieci. Obecnie, po upływie czterech z góra miesięcy od czasu ukończenia szczepień ochronnych, możemy stwierdzić z całą dokładnością, że przypadków płonicy u szczepionych dzieci nie było; chociaż w każdej ze szkół, w których przeprowadzałem szczepienia, zarejestrowano po kilkanaście wypadków płonicy u dzieci nie szczepionych.

Zapomniałem zaznaczyć na wstępie do sprawozdania, że przystąpiliśmy do szczepień ochronnych, kiedy pojedyńcze wypadki zbliżającej się epidemji płonicy już były stwierdzone, a w czasie naszej akcji epidemja postępowała. Przebieg jej jednak na ogół był łagodny.

Zasługuje jeszcze na wzmiankę fakt, że w tymże okresie zarejestrowałem 3 przypadki płonicy u dzieci szkół powszechnych, które przeszły tylko próbne szczepienia po Dicku i wykazały wybitnie dodatnią reakcję Dicka (++). Również zanotowano 2 przypadki płonicy w najbliższem otoczeniu dzieci, które zostały już uodpornione przez szczepienia ochronne. Rodzice tych dzieci, ufni w moc zbawienną szczepień, nie izolowali ich od chorych. Naturalnie, że dzieci te zostały natychmiast wyeliminowane ze szkoły. Znajdują się one pod moją obserwacją i są zupełnie zdrowe.

Podane tu fakty, chociaż są pojedyńcze, zasługują jednak, na zanotowanie. Podobne fakty cytował mi także jeden z kolegów higjenistów szkolnych.

Kończąc notoryczną stronę mego referatu, przechodzę do wniosków, które z analizy statystycznego materjału można wyciągnąć. Aczkolwiek doświadczenie długoletnie nauczyło mię zachowywać się z pewną rezerwą wobec wszelkich kategorycznych wniosków, opartych na statystyce, to jednak rozważania nad zgodnością wyników osiągniętych przez rozmaitych obserwatorów, a także osobiste wrażenia moje i większości kolegów higjenistów szkół powszechnych m. Łodzi, usposabiają nas optymistycznie względem ostatecznego triumfu idei G a b r y c z e w s k i e g o i wcielenia jej w życie w bliskiej przyszłości. Co się zaś tyczy wniosków, które można wyprowadzić z moich osobistych spostrzeżeń, to sprowadzają się one do następujących przesłanek:

1-mo Odczyn, wywołany przez zastrzykiwanie toksyny Dicka, uważać należy za swoisty; między innemi za dowód służyć mogą przypadki zachorowań na płonicę u dzieci z wybitnie dodatnim odczynem Dicka. Zachorowań z ujemnym odczynem w naszym materjale statystycznym nie notowano.

2do Toksyna przygotowana z paciorkowców swoistych jest swoistą i *uodpornia* przeciw płonicy. Dowodzi tego przedewszystkiem stale towarzysząca uodpornieniu zmiana dodatniego odczynu Dicka na ujemny. Pozatem cytowane wyżej przypadki klinicznego obrazu płonicy u niektórych dzieci po zastrzyknięciach toksyny.

Nakoniec, znamienne są przytoczone już przezemnie fakty, kiedy dzieci uodpornione na płonicę nie były izolowane od chorych na tę chorobę, a jednak nie zarażały się; przemawia to także na korzyść naszej tezy. Tak się przedstawia dodatnia strona omawianej tu sprawy. Odwrotną stroną medalu jest kwestja trwałości uodpornienia na płonicę, która obecnie jest jeszcze problematyczną. Pomyślne rozwiązanie tego ważnego bardzo zagadnienia zadecyduje ostatecznie o praktycznej doniosłości i wartości szczepień ochronnych. Sama techniczna strona szczepień ochronnych pozostawia wiele do życzenia, tak pod względem długości okresu czasu, w którym się te szczepienia odbywają, jak i dawkowania wakcyny uodparniającej, które jest jeszcze bardzo dowolne i u rozmaitych autorów różne. Wiele jednak okoliczności już dziś przemawia za tem, że zbliżamy się do pomyślnego rozstrzygnięcia tego zagadnienia. Przedewszystkiem posiadamy taki probierz, jakiego brak nam przy innych szczepieniach ochronnych, naprzykład przy durze brzusznym; mam tu na myśli próbę wrażliwości Dicków, która możemy stale posługiwać się przy kontroli trwałości uodpornienia na płonicę w dowolnie wybranym czasie, nie czekając następnej epidemji.

Dickowie notują już znaczną ilość faktów świadczących o trwałości uodpornienia do osiemnastu z górą miesięcy. Zdaniem ich, całe powodzenie zależeć będzie od większej dawki szczepionki uodporniającej.

Wogóle normy dawek wakcyny uodporniającej, polecane przez Warszawski Instytut Higjeniczny, wydają mi się zbyt małemi i dlatego uważałbym za wskazane powiększenie ich kosztem zredukowania trzechkrotnego okresu szczepień do dwóchkrotnego. Propozycja taka może wydać się dziwną wobec praktykowanego już niekiedy czterokrotnego okresu szczepień, opieram jednak ją na niektórych faktach z mojej obserwacji, a mianowicie: w liczbie dzieci uodpornionych i poddanych kontrolnej reakcji Dicków, zanotowałem kilkanaście, które przeszły tylko dwukrotne szczepienia, albowiem dla rozmaitych powodów przepuściłi jedno ze szczepień kolejnych; powiększyłem natomiast im powtórną dawkę szczepionki do $2\frac{1}{2}$ cm^3. Kontrolna próba Dicka wykazała u wszystkich ich zmianę dodatniej reakcji na ujemną. Wydaje mi się też niezupełnie zrozumiałem ustalenie jednakowych dawek toksyny uodporniającej na okres od lat 6-ciu do 14-tu.

Kończąc swoje sprawozdanie pozwalam sobie postawić następujący wniosek: przyjąwszy pod uwagę wszystkie pro i contra, które się w omawianej tu kwestji zaznaczyły, należy stwierdzić, że szczepienia ochronne przeciwpłonicze stanowią poważną zdobycz w dziedzinie immunologji praktycznej i że dalsza akcja w tym kierunku jest wskazaną.

Sądząc z tego, jak się ta sprawa rozwija w ognisku naszej wiedzy naukowej — Państwowym Instytucie Higjeny, można mieć nadzieję, że w zakresie dalszych studjów nad uodpornieniem na płonicę nauka polska zajmie odpowiednie stanowisko; my zaś przez dalszą obserwację i skrzętne notowanie dalszych losów uodpornienia na płonicę u naszych pacjentów przyczynić się możemy do uwypuklenia osiągniętych już rezultatów.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Antoni NASIŁOWSKI. Sosnowiec.

W obronie „lecznika" i „leczniczki".

P. G. L. Nr. 19 i 22, z r. 1927.

Uzupełniając i zaokrąglając niejako swe rozważania nad wprowadzeniem do języka polskiego słów *„lecznik"* i *„leczniczka"*, oznaczających tych co się leczą w *lecznisk*ach — dorzucić jeszcze winienem kilka myśli, zaczerpniętych głównie ze słowników i z dzieł o języku polskim.

Pomysł mój o nowotworze *) „lecznik" („czka") powstał samoistnie; dopiero w następstwie już po wysłaniu pierwszej notatki zacząłem się rozczytywać w odpowiedniem piśmiennictwie (głównie „słownikach"), nabierając coraz więcej przekonania, że wymieniony wyraz dobrałem szczęśliwie, że jest on zgodny z duchem języka.

Słowo „kuracjusz" (wedł. słown. jęz. pol.) jest wyrazem żartobliwym (od kuracja z żartobliwem przystosowaniem do łac. rodu curatii). Określenie takie nie świadczy pochlebnie o tym wlazie do naszego języka.

W słowniku spotkałem całą grupę wyrazów od pnia *lek (lecz)* mało używanych, o których trzebaby przypomnieć i wprowadzić w obieg, zastępując pożyczki obce:

lecznia (leczalnia) = szpital;

leczebnia (lekarnia) = uzdrowisko = sanatorjum, (= ambulatorjum, przychodnia);

leczuch = zły, nieumiejętny lekarz;

leczyciel = ten co leczy (rzeczownik czynny).

Lecznisko (podob. letnisko) — miejscowość przeznaczona na pobyt dla leczących się (*„leczników"* i „leczniczek"), a co dotąd niewłaściwie nazywaliśmy *uzdrowiskiem;* ten ostatni wyraz winien

*) Według ustalonego mianownictwa w dziedzinie językoznawstwa słowo *nowotwór* = neologizm (zarówno dobrze jak i źle dobrany); natomiast wyraz pożyczony z języka obcego nazywają *wlazem*. W Nr. 19 P. G. L. użyłem słowa „nowotwór" niewłaściwie zamiast „wlaz" (miałem na myśli podobieństwo z „nowotworem" w medycynie).

oznaczać przedewszystkiem zakład leczniczy (= sanatorjum). A więc należałoby mówić i pisać: *lecznisko Busk, lecznisko Rabka* i t. p., a natomiast *„uzdrowisko (leczebnia, lekarnia) im. Dluskich"*.

Przychodziło mi na myśl i słowo *„leczniak"*, co bardziej podkreślałoby bierność niż *„lecznik"*. Sięgnąłem do podobieństw i spotkałem w słowniku wyraz „letniak" (złodz.), oznaczający kradzież w mieszkaniu tych, co wyjechali na letnisko (t. j. letników). Wobec czego i wyraz „leczniak" nie wzbudzi chyba zaufania.

Jak widzimy słowo *„lecznik"* („czka") wejść może śmiało jako dobry grosz w obieg mowy polskiej w towarzystwie dość pokaźnem wyrazów od pnia *lek (lecz)*, a przypomnieć nie zawadzi, że pień ten jest prasłowiańską pożyczką z gockiego (a tamto z celtyckiego).

Gdyby ktoś chciał sięgnąć do źródła czysto prasłowiańskiego, to znajdzie 2 pnie o pokrewnem znaczeniu: 1) *cal* (cały, całować) — znaczyło ongiś zdrów, uzdrawiać; 2) *dąg* — zdrowie, (niedąg — choroba). Jako pnie obumarłe (1-szy zmienił znaczenie) nie budzą one kojarzeń żywych w naszych umysłach, ale w razie koniecznej potrzeby możnaby myśleć o utworzeniu od nich odpowiednich wyrazów (pnie te w pierwotnem znaczeniu odnaleźć można w językach słowiańskich).

Poszukując dowodów dla prawego pochodzenia „lecznika" natknąłem na roślinę oznaczoną tem mianem. Dzięki uprzejmości prof. przyrody w tut. semin. naucz. J. Wierzbickiego dowiedziałem się, że rzadką tę roślinę spotkać można w wilgotnych lasach górzystych miejscowości (lasy Karpat aż po kosodrzewinę); nie zdołałem jednak się dowiedzieć dlaczego tak go nazwano i czy posiada własności lecznicze. Język polski nie boi się wyrazów dwuznacznych (n. p. *podróżnik rośl.)*; chyba i dwuznaczność *„lecznika"* nie sprawi kłopotu piszącym i mówiącym.

Piśmiennictwo.

1) J. Karłowicz, Ad. Kryński i Wład. Niedźwiedzki: „Słownik jęz. pol.". 2) Al. Brückner: „Słown. etymolog. jęz. pol."; tenże: „Dzieje języka polsk."; 4) St. Żeromski: „Snobizm i postęp"; 5) Browicz, Ciechanowski, Kryński i inni: „Słown. lek. polski".; 6) Szafer i Kulczyński: „Rośliny polskie"; 7) Postel (przeróbka Chmielewskiego): „Klucz do oznaczania roślin".

OCENY.

M. Schacherl: *Therapie der organischen Nervenkrankheiten.* Wyd. J. Springer, Wiedeń 1927, str. 141. Cena 6.90 zł. marek.

Schacherl, zarządzający stacją neurolnetyczną szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu, były asystent kliniki nerwowo-psychiatrycznej w Wagram, miał szczęśliwą a aktualną myśl zwięzłego skreślenia stanu obecnego terapji chorób organicznych układu nerwowego. Opierając się przeważnie na doświadczeniu klinicznem, w tej klinice zdobytem, poświęca dość skromnie 2 tylko rozdziały prawie wszystkim organopatjom mózgu i rdzenia, nerwów i mięśni, w słusznem przekonaniu, że w większości przypadków jesteśmy tutaj bezsilni. 9 natomiast rozdziałów udziela cierpieniom syfilitycznym i metasyfilitycznym, z wiądem i porażeniem postępującem na czele. Bliżej rozprawia się także z niedowładem mięśni ocznych, zanikiem nerwów wzrokowych, *mal perforant du pied,* artro- i osteopatjami i t. p. W osobnych rozdziałach znajdują omówienie sprawy *par exellence* terapeutyczne jak n. p. leczenie rtęcią, jodem, salwarsanem, bismutem, gorączką (tuberkuliną, szczepionką duru brzusznego i powrotnego, gronkowca, wakcyneuryną, szczepieniem zimnicy, proteinoterapją, sodą nukleinową i t. d.). Po jednym wreszcie rozdziale poświęca autor hormono- elektro- endolumbalnej terapji, uwzględniając wszędzie porównawczo dawną i współczesną metodykę.

Wykład przejrzysty i potoczysty. Z piśmiennictwa uwzględniono obok niemieckich autorów Oppenheima, Nonnego, Ehrlicha i Fischera jedynie prace wiedeńskich klinik. Cena (6.90 mk. złotych), jak na stosunki niemiecko-austrjackie. względnie przystępna.

H. Higier (Warszawa).

A.C. Guillaume. *„Les Radiations Lumineuses en Physiologie et Therapeutique"*. I. tom. 516 stron. Mason et Comp. Wyd. 1927 r.

Leczenie promieniami świetlnemi stało się w ostatnich dziesiątkach lat, zwłaszcza dzięki zastosowaniu sztucznych źródeł światła — metodą bardzo popularną i modną. Niestety właśnie ta popularyzacja spowodowała, że przy bezkrytycznem stosowaniu tej metody wyniki lecznicze są nieraz równe zeru lub wręcz szkodliwe.

Przyczyna tego jest to, że znaczny odsetek lekarzy stosujących światło-lecznictwo ogranicza się do wskazówek czysto praktycznych odnoszących sie do dawki światła i ilości naświetlań, a nieznana zupełnie uzasadnienia subtelnych procesów bio-chemjo-fizycznych jakie się w organizmie ludzkim pod wpływem naświetlań odgrywają.

Książkę tę napisał nie zawodowy actino-therapeuta, ale badacz dla którego zgłębienie problemu działania promieni świetlnych na ustrój żywy, — jest tylko jednem z ogniw badań nad fizjo-patologją ogólną człowieka. Autor cytując fakta ogłoszone przez innych autorów, powołuje się bardzo często na własne badania doświadczalne wykonane na zwierzętach. Po krótkim wstępie z podstawowemi wiadomościami z optyki i po krytycznem omówieniu poszczególnych sztucznych źródeł światła, przechodzi autor do analizowania mechanizmu samoczynnej, lub też sztucznej osłony ustrojów przed pr. świetlnemi, dalej zajmuje się miejscowem i ogólnem działaniem światła. Następne rozdziały poświęcone są bardzo ciekawemu problemowi uczulania tkanek, a skóry w szczególności na pr. świetl. Końcowy rozdział wreszcie obejmujący zaledwie 60 stron, traktuje o praktycznem zastosowaniu światła w lecznictwie, co w stosunku do całości 516 str. — stanowi znikomą część. Leczenie chorób skórnych światłem omawia autor na 4 stronach. Na końcu znajduje się wyjątkowo obszerna bibljografja z zakresu badań nad pr. świetlnemi i zastosowania leczniczego tychże....

Dla każdego kto się poważnie światło-lecznictwem zajmuje wskazanem jest zapoznanie się z książką p. A. C. Guillaume'a.

Kauczyński (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, Rok XXXIX, zeszyt 11, z 1 czerwca 1927: T. Kucharski i S. Kozłowski: Wpływ wyciągu z części tylnej przysadki mózgowej na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka i ruchową jelit u człowieka. — Z. Messing: Przypadek choroby Raynauda, leczony insuliną. — T. Alkiewicz: Radjoskop wiszący. Nowy przyrząd do prześwietlań lampą Metalix. — W. Mikułowski: Ostra postać posoczniczej zgorzeli płuc u dziecka. — E. Reicher: O znaczeniu układu wegetatywnego w medycynie wewnętrznej. — A. Wasilewski: Prace w streszczeniu (ciąg dalszy). — K. Pelczar: Uwagi nad praca Dr. A. K. Wernera p. t.: „Wymioty przy awitaminozie i sposób ich leczenia. — A. Werner: Odpowiedź na uwagi Dr. Pelczara.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 25 z 19 czerwca 1927: K. Hrynakowski: W sprawie ujednolicenia programów nauczania nauk farmaceutycznych na uniwersytetach. — Na marginesie Kongresu Warszawskiego. — Sprawozdanie z posiedzeń Sekcji farmaceutycznej IV. kongresu międzynarodowego medycyny i farmacji wojskowej w Warszawie. — Sprawy zawodowe.

Przegląd zdrojowo-kapielowy, Rok XVI, Nr. 4, z 15 czerwca 1927: L. Korczyński: Radioczynne wody lecznicze i radjoterapja w uzdrowiskach. — L. Dydyński: Morszyn jako wytwórnia przetworów zdrojowych.

Zdrowie, Rok XLII, Nr. 7. za lipiec 1927: Numer wydany staraniem Zarządu głównego Warsz. Tow. higjenicznego, oraz Komitetu organizacyjnego V. Zjazdu higjenistów Polskich w Poznaniu, jako pierwsza część Pamiętnika Zjazdu, celem należytego przygotowania dyskusji na Zjeździe. Obejmuje 197 stron druku i zawiera wnioski, z poszczególnych referatów, jakie mają być wygłoszone na Zjeździe.

Lekarz wojskowy, Tom IX, Nr. 5. za maj 1927: S. Rudzki: Zarys historji szpitalnictwa wojskowego w Polsce. — S. Hubicki: Przeszłość zamku Ujazdowskiego. — S. Rouppert: Komisja standaryzacji materjału sanitarnego. — A. Kończacki: O transportowaniu, ewakuacji i rozmieszczaniu chorych, rannych i zagazowanych na obszarze wojennym w obrebie wojsk. szpitali krajowych. — L. Owczarowicz: W sprawie etjologji grypy. — G. Schulc: Szczepienie przeciwdurowe w wojsku z uwzględnieniem szczepień w armji polskiej. — J. Babecki: Z epidemjologji duru brzusznego w armji polskiej.

Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka, Tom II, Nr. 3—5 z maja 1927: J. Laskowski: Istota raka i sprawa jego

trwania w świetle ostatnich badań. — Stella Heybowicz-Kuleszyna: Statystyka nowotworów złośliwych na podstawie materjału sekcyjnego Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego za czas od 1918 do r. 1925. włącznie. — W. Mikłaszewski: Próba statystyki nowotworów złośliwych w Rzeczypospolitej Polskiej. — Walka z rakiem na ziemiach polskich. — Piśmiennictwo.

Medycyna doświadczalna i społeczna, Tom VII, zeszyt 3—4 z r. 1927: H. Hilarowicz: O istocie chemicznej i wartości klinicznej niektórych serologicznych odczynów rozpoznawczych przy raku. — J. Laskowski: O t. zw. karcynoidach smołowych u królika. — N. Zylberlast-Zandowa: Badanie doświadczalne nad przepuszczalnością opon w stanie zapalnym. — M. Gieszczykiewicz i W. Wróblewski: Wzrost prątków gruźliczych a odczyn podłoża. — J. Dzwonkowska: Badania nad fagocytozą. Wpływ zjadliwości mikrobów, odporności ustroju, gruczołów dokrewnych, i czynników nerwowych. — F. Przesmycki: Badania nad biochemią antygenów. — Z. Szymanowski i B. Wachlerówna: W sprawie izoaglutynin odpornościowych we krwi świńskiej. — L. Hirschfeld: O istocie zakażalności. — M. Kacprzak: Kronika epidemjologiczna Nr. 3.

Medycyna praktyczna, Rok I, zeszyt 4—6, 1927: J. Brossowa: Józef Lister. — J. Śniegowski: O leczeniu łuszczycy. — M. Szulc-Rembowski: Rozpoznanie początkowej gruźlicy płuc. — K. Bross: Wskazania do zastosowania sztucznej odmy piersiowej w gruźlicy płuc. — Zagadnienia biologicznego zwalczania starości (streszczenie). — Przegląd piśmiennictwa. Zapiski lecznicze. — Wskazówki rozpoznawcze i praktyczne.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, Rok II, zeszyt 7. z 1 lipca 1927: Dawid Salamander wspomnienie pośmiertne. — Sigma: Umiędzynarodowienie ubezpieczenia na wypadek choroby. — H. Kłuszyński: Zagadnienia lecznictwa w Kasach chorych. — A. Krieger: Kursy dla pracowników Kas chorych. — S. Dobrowolski: O pewnych zagadnieniach z dziedziny ubezpieczeń społecznych. — Umowa z lekarzami Kasy chorych m. Poznania. — D. Buchheim: Władza Kasy chorych. — K. Jaroszewski: Jakich lekarzy chcemy mieć w Kasach chorych. — Dr. R. B.: Nowa ustawa o opłatach stemplowych a ubezpieczenie społeczne.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Liječnički Vjesnik.

1927. Nr. 5. Zagreb.

Pozdrowienie I. Wszechsłowiańskiego Zjazdu Lekarzy w Warszawie.

Prof. L. Hirschfeld: *Dochodzenie ojcostwa za pomocą badań serologicznych*. Autor przedstawia wyniki swoich badań nad dziedziczeniem własności izoaglutynacyjnych, rozmaitych grup krwi. Omawia też znaczenie tych badań dla medycyny sądowej. Rzeczy te są znane już czytelnikom polskim.

Prof. Fr. Smetanka: *O rozmieszczeniu krwi w poszczególnych narządach*. W obszernej tej pracy zajmuje się autor przyczynami nierównomiernego rozmieszczenia krwi w rozmaitych organach. Uwzględniając prawo Poiseuille'a, rozpatruje autor pojęcie adhezji, i dochodzi na podstawie swoich doświadczeń do wniosku, że adhezja nie ma znaczenia dla zagadnienia krążenia krwi. Rozdział krwi jest natomiast zawisłym od sposobu rozgałęzień naczyń krwionośnych, w szczególności tętnic, a to od ilości, przekroju i długości gałązek tętniczych. Obok tętniczek mają znaczenie dla wysycenia krwią także naczynia włosowate. Odruchy naczyniowe regulują dopływ krwi. Większe znaczenie niż zwolnienie wazokonstrykcji ma czynna wazodilatacja. Jest ona następstwem zadziałania substancyj swoiście rozszerzających naczynia (estry choliny??).

Prof. L. Stanojević: *Morderstwo i poranienie przez kaprala żandarmerji w czasie chorobliwego napadu*.

Ostry napad u schizofrenika.

Dr. I. Glavan: *Meningitis spinalis adhaesiva*. Jako następstwo *men. spin. adh.* wystąpił ucisk rdzenia, postępująca paraplegia, zaburzenia czucia. Rozpoznanie ustalono przez badanie płynu m.-rdz. i myelografją, a potwierdzono w czasie obdukcji.

Dr. I. Szaboky: *Ważność lecznicza klimatu, w szczególności wilgotnego, ciepłego przy gruźlicy płuc*.

Sprawozdanie, Bibliografja słowiańska, Sprawy zawodowe, Medycyna społeczna, Zjazdy i posiedzenia, Sprawy bieżące.

Medicinski Pregled.

1927. R. II. Nr. 1. Belgrad-Zagrzeb-Lublana-Sofja.

Słowo od redakcji.

A. Holste: *Leczenie nie swoiste*.

W. E. Pauli: *Znaczenie fizyki w medycynie*.

F. Kogoj: *O wykwitach twardawych (sclerosiformis) wywołanych przez krętka bladego*.

S. Pejić: *Istota i znaczenie komórek centro-mieszkowych trzustki*.

M. Arnovljević: *O wpływie wód mineralnych w Vrnjici na równowagę kwasowo-zasadową ustroju*.

F. Grospić: *Kyphosis dorsalis adolescentium*.

L. Stanojević: *O osłabieniu pamięci w dementia senilis z punktu widzenia psychiatry*.

S. Nikolajević: *Leczenie chirurgiczne nephrozy wywołanej sublimatem*.

A. Radosavljević i S. Janković: *Sztuczne pneumopericardium*. Przyczynek do kliniki wysięków osierdziowych.

D. J. Popović: *Znaczenie bakterjologji dla chirurgji w czasie pokoju i wojny*.

U. S. Ružičić: *Osesek serbski, jak go przedstawiają na malowidłach XIII i XIV. wieku*.

Sprawozdania z piśmiennictwa, Zjazdy, posiedzenia, Sprawy bieżące.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo czeskie.

Casop. lék. česk.

R. LXVI. I. 25.

Prof. Dr. A. Jirasek i Dr. Jiri Vitek: *Dwa przypadki syringomyelji operowanej metodą Pussepa*.

Autor opisuje dwa przypadki syringomyelji, które operował metodą Pussepa t. j. obnażył chory rdzeń i naciął go podłużnem, krótkiem cięciem w celu upuszczenia płynu nagromadzonego w jego wnętrzu. Po operacji stan chorych się znacznie polepszył, co się uwidoczniło utratą pewnych objawów i to: objawu C. Bernarda-Hornera *(ptosis i miosis)*, następnie polepszeniem się lub zanikiem *pares. n. cerv. VII, n. laryng. recurrentis dext.., n. accessorii, n. hypoglossi*, zanikiem objawu Romberga, polepszeniem się parezy n. C_5—Th_2, które wszystkie istniały przed operacją. Jest jeszcze kwestją czy korzystne działanie operacji polega tylko na upuszczeniu płynu, czy też na wytworzeniu się *fistula ependymo-subarachnoidalis*. Autorowie sądzą, że ten drugi czynnik jest bardzo skutecznym i proponują nawet wykonywanie operacji Pussepa w tym kierunku. Radzą również przed jej wykonaniem wstrzyknąć lipiodol dla uzyskania obrazu endomyelograficznego, by przed operacją być dokładnie zorjentowanym co do umiejscowienia jamy w rdzeniu, a zwłaszcza jej dolnego końca. To ma znaczenie dla łatwego upuszczenia płynu w najniższym punkcie słupa rtęci. Operację Pussepa, którą po raz pierwszy wykonał sam Pussep w marcu r. 1926, wykonano, o ile autorowie wiedzą z literatury światowej, 6 razy i to zawsze z wynikiem zadowalniającym. Ma ona przeto widoki rozwiązania problemu leczenia *syringomyelji*.

Dr. Gangel.

Piśmiennictwo angielskie.

The Lancet.

Nr. 5353. 1926.

Sir Thomas Horder, Bart.: *Endocarditis*.

Bernard Hart: *O rozwoju psychopatologji i jej stanowisku w medycynie*.

C. G. L. Wolf i J. R. C. Canney: *Leczenie niedrożności jelita (Ileus) zapomocą choliny*.

Herbert Henry i F. C. Lewis: *Miano antytoksyny wobec paciorkowca płonicy we krwi ozdrowieńców po płonicy*.

Thomas Guthrie: *Herpes zoster oticus i pokrewne stany*.

Nr. 5354.

Sir Thomas Horder: *Endocarditis*.

G. H. Pooley: *Oczopląs u górników*.

John P. Mc. Hutchinson, W. Herbert Brown: *Nowe zastosowanie leczenia radem (zastosowanie wytworów rozpadu radu w niektórych chorobach skóry)*.

L. R. Shore: *Ostra rozstrzeń żołądka jako powikłanie sztucznej odmy*.

J. P. Martin: *Zaburzenia układu nerwowego ośrodkowego ujawnione wskutek napadu epileptycznego.*

V. M. Sygne: *Meningitis.*

T. H. Oliver: *Śpiączka cukrzycowa bez acetonurji.*

Z tow. lek.: Lekarskie towarzystwo do studjów nad chorobami wenerycznemi: Małżeństwo a kiła.

Redakcyjne artykuły sprawozdawcze: 1) kliniki chorób serca i 2) metoda Eggolstena wielkich dawek naparstnicy.

Ad. 1.

W związku z poprzedniem sprawozdaniem redakcji o stowarzyszeniu zapobiegania chorobom serca oraz pomocy tym chorym, podaje redakcja streszczenie pracy Dr. John Wyckoff (w New-York State Journal of Medicine Nov. 1-st. 1925) *o zadaniu i organizacji kliniki do leczenia chorób sercowych* [1]).

Klinika taka musi być w ścisłem zetknięciu z kliniką chorób wenerycznych (kiłowych? sprawozd.) otolaryngologiczną i dentystyczną — korzystać z laboratorjów klinicznych, rentgenologicznych i elektrokardjograficznych. W sali chorych widzi młody lekarz tylko mały okres życia chorego z wadą serca, podczas gdy w przychodni widzi przebieg przewlekły choroby, jej pielęgnowanie i leczenie w szczególności, nowsze postępy — pozostając przytem w styczności z kolegami z innych działów. Klinika ma zatrzymać chorego jak może najdłużej. Rozpoznawanie obejmie nie tylko zmiany tkanek i czynności serca, lecz dokładne zbadanie warunków społecznych, materjalnych, trybu życia, i zależności (odpowiedzialności) chorego. System wywiadowczy dostarczy dat. W szpitalu Belle-vue po uzyskaniu, przy pierwszej wizycie, szczegółowych wywiadów i po zarządzeniu leczenia tymczasowego, wywiadowca odwiedza mieszkanie chorego; następnego tygodnia bada się specjalistycznie nos i szyję, wykonuje się elektrokardiogram i zdjęcia rentgenowskie, a przy trzeciej wizycie dentysta bada chorego tak, iż ordynujący lekarz może ułożyć plan leczenia. Obok oddziału dziecięcego proponuje autor oddział dla dorastających (od 16 letnich) — stopniowo przenosząc chorych do oddziału dla dorosłych. Ozdrowieńcy umieszczeni mają być w osobnym oddziale — odrębnie od tych którzy nie mają widoków by „leczeniem w oddziale ozdrowieńców" stan ich uległ wybitnej poprawie. Autor wskazuje na wielkie korzyści ekonomiczne leczenia tego rodzaju dla chorych — będących w sile wieku.

Ad 2.

W lutowym numerze Edinburgh medical Journal streszcza Dr. A. Rae Gilchrist wyniki stosowania wielkich dawek naparstnicy — (metoda Prof. Eggleston'a [2]) z New-Yorku) w 50 przypadkach migotania przedsionkowego. Anglicy mówią o *„auricular fibrillation"* — migotanie uszka. W niegroźnych przypadkach przed rozpoczęciem leczenia właściwego — obserwowano chorego w łóżku przez kilka dni. Leczenie polegało na stosowaniu przepisów Egglestona — podając pełne dawki sproszkowanych liści, podzielone na 3 dawki w przerwach 4 godzinnych. W 6 godzin po pierwszej dawce tętno wybitnie zwolniło się — pełny skutek zjawił się przed 24 godzinami — wyjąwszy przypadki przekrwienia w zakresie żyły bramnej co opóźniało wynik do 48. godzin. Skutek naparstnicy trwał od 2—10 dni. Jakkolwiek dawka toksyczna nie wiele się różni od leczniczej, to przecież nie spostrzegł w swoich (gośćcowych) przypadkach poważniejszych objawów toksycznych, wyjątkowo zdarzały się skurcze dodatkowe; jednak w 4 przypadkach o rytmie prawidłowym — wystąpiło migotanie po wielkich dawkach naparstnicy; u 2 z nich samoistnie wrócił rytm do normy. Toksyczne objawy częściej występują u chorych dotkniętych miażdżycą mięśnia sercowego. W groźnych przypadkach podawanie doustnie wielkich dawek naparstnicy jest mniej niebezpieczne niż dożylnie stosowana strofantyna. Najlepsze wyniki osiąga się w gośćcowych schorzeniach serca, w których zjawiło się migotanie przedsionków [3])..

Dr. Pisek (Lwów).

---

[1]) Oprócz jednego czy dwóch sanatorjów niemieckich dla chorych z chorobami serca — o ile wiem nie ma obecnie odrębnych zakładów takich. W czasopismach wyjątkowe odzywały się głosy (Grassman w Münch. med. W.) przed laty. U nas obecnie Dr. Kryszek w Łodzi w bardzo cennej pracy drukowanej jako rękopis — za łaskawe przesłanie mi jej szczerze dziękuję — wykazuje potrzebę poradni dla tych chorych i nadzwyczajną doniosłość indywidualną i społeczną.

[2]) W nierównanych wadach zastawkowych stosowałem nieraz sposób Egglestona — czasem z doskonałym wynikiem.

[3]) W najnowszym zeszycie grudniowym polskiego Archiw. med. wewn. (T. IV. zeszyt 4.) proponuje Michalski w „Uwagach w sprawie mianownictwa" etc. str. 695. — wyrażenie „drżenie porażenne przedsionków" (auricular fibrillation). Niestety w polskim języku trudno n. p. oddać niemieckie „grobschlägiger w feinschlägiger Tremor (drżenie) — a w tym wypadku drżenie (Tremor) nie oddaje tego nad wyraz drobnego i szybkiego ruchu — w doświadczeniach pracowniany widywanego, a więc zjawiska ruchowego i optycznego — przeto właśnie migotanie jako pojęcie i optyczne wydawałoby mi się właściwszem.

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv f. Gynäkologie.

Tom 129, zesz. 2.

E. Wehefritz: *Długość i waga dojrzałego płodu w świetle statystyki zmienności.* Dotychczasowe naukowe określenie długości i wagi płodu donoszonego powstało na podstawie licznych statystycznych obliczeń drogą arytmetyczną, które wykazały jako przeciętną długość płodu dojrzałego 50 cm, a wagę 3250 gr. — Obliczenia te, jako oparte na wartościach zmiennych, uważa autor za niewystarczające. Przy pomocy specjalnej nauki t. zw. *statystyki zmienności (Variationsstatistik, Biometrik der Variation)*, zastosowanej do problemów biologicznych poraz pierwszy przez antropologa belgijskiego, Quételeta, stara się autor określić bliżej tak długość jak i wagę dojrzałego płodu.

Dla zrozumienia tych rzeczy podaje autor podstawy wspomnianej nauki, a mianowicie wyjaśnia t. zw. szeregi zmienności długości i wagi płodu. W szeregach tych uwidoczniona jest wartość orjentacyjna, szerokość zmienności i charakterystyczny rozdział poszczególnych zmienności w stosunku do wartości orjentacyjnej, zależnie od błędu lub przypadku (prawo Gaussa). To ostatnie zjawisko tłumaczy bardzo dobrze rycina przyrządu Galtona.

W myśl powyższych zasad przeprowadza autor swe badania na podstawie materjału, obejmującego 9000 dzieci dojrzałych, nie uwzględnia przytem płci płodu ani okoliczności, czy dziecko urodziło się z pierwiastki czy wieloródki.

Oprócz obliczeń poszczególnych wartości dotyczących tak długości jak i wagi dojrzałego płodu, podaje autor graficzne przedstawienie, które wychodząc z używanych dotychczas krzywych częstości w formie t. zw. krzywych schodowych uzmysławia bardzo dobrze zmienności obu omawianych cech dojrzałości płodu. Na podstawie dalszych obliczeń wywodzi krzywe normalne, z których odczytać można odsetki dla rozmaitych wartości długości i wagi płodu dojrzałego. Interesujące są przedewszystkiem wartości graniczne dla płodów niedonoszonych i przenoszonych. Dotychczas jedynie na drodze empirycznego doświadczenia przyjmowaliśmy pewną zależność długości i wagi. Statystyka zmienności dostarcza matematycznego, niezbitego dowodu zależności obu objawów przez obliczenie t. zw. współczynnika wzajemnej zależności przy pomocy tabeli wzajemnej zależności. Okazuje się, że istnieje średnia wzajemna zależność między obu cechami (o ile długość płodu się zwiększa, o tyle waga jego się podnosi i naodwrót). Przez wykazanie współczynnika wzajemnej zależności można wykreślić normalne tabele według Rautmanna. Określenie normy jest rzeczą pierwszorzędnego znaczenia, a czyni to autor przy pomocy specjalnej pomocniczej *nauki zbiorowego obliczenia* i podanego przez Gaussa prawa błędów.

Na końcu podnosi autor wielkie znaczenie tych obliczeń prawdopodobieństwa co do długości i wagi dojrzałego płodu w medycynie sądowej.

Schumacher: *Mechanizm porodowy w miednicy skośnie ścieśnionej.* Rozpoznanie miednicy skośnie ścieśnionej w przypadkach wybitnych jest w ogólności nietrudne nawet na podstawie samego badania zewnętrznego. Natomiast bardzo trudne jest ocenienie przebiegu porodu i rokowania jakoteż rozpoznawania nieznanego stopnia ścieśnienia, co wymaga dokładnego opanowania badania wewnętrznego miednicy i to koniecznie obu rękami.

Mechanizm porodowy we wszystkich przypadkach miednic ścieśnionych podlega tymsamym prawom. Szczególniejszą uwagę należy zwracać na przebieg kresy granicznej miednicy *(linea terminalis)* po stronie nieobciążonej, ponieważ jej konfiguracja wpływa w wysokim stopniu na ułożenie i ustawienie wstępującej do miednicy główki. Nie mniejsza rolę pod tym względem odgrywa sterczący silniej wzgórek kości krzyżowej, pomimo, że wymiar prosty wchodu zazwyczaj nie jest zmniejszony.

Ogólnie biorąc, mechanizm porodowy w miednicach skośnie ścieśnionych jest kombinacją mechanizmu porodowego w miednicach płaskich i ogólnie ścieśnionych. Mechanizm porodowy, właściwy miednicy ogólnie ścieśnionej jest najkorzystniejszy i najczęściej ułatwia poród siłami natury.

W przypadkach *miernego ścieśnienia* szczególnie korzystne jest ustawienie się główki szwem strzałkowym w dłuższy, skośny wymiar wchodu, atoli z potylicą zwróconą ku przodowi. Wówczas bowiem nieznaczne ścieśnienie i spłaszczenie pierścienia kostnego mie-

dnicy od tyłu nie utrudnia przejścia przez wchód mniej pojemnego przodogłowia i w ten sposób nie musi się główka konfigurować celem pokonania niestosunku porodowego. Ustawienie się główki szwem strzałkowym w krótszy wymiar skośny miednicy pozwala również korzystnie rokować, o ile tylko potylica zwrócona jest ku przodowi. I wtedy bowiem celem pokonania niestosunku porodowego musi się koniecznie potylica znacznie obniżyć, co już wystarcza, aby wszelkie trudności przejścia główki przez wchód były pokonane.

W przypadkach ścieśnień *znaczniejszego stopnia* t. j. takich, gdzie mniejszy, skośny wymiar wchodu jest mniejszy aniżeli wymiar ciemieniowy główki, stosunki układają się najkorzystniej, jeżeli główka ustawi się szwem strzałkowym w krótszy, skośny wymiar wchodu atoli z potylicą zwróconą ku przodowi. W tych warunkach bowiem potrzeba tylko, aby główka uległa jak największemu zgięciu, a nadto potylica przesunęła się w stosunku do przodogłowia podobnie jak przy mechanizmie właściwym miednicom ścieśnionym, a wówczas poród siłami natury jest możliwy.

Jeżeli główka ustawi się szwem strzałkowym w dłuższy wymiar skośny z potylicą zwróconą ku przodowi, to w przypadkach *znaczniejszego ścieśnienia* miednicy poród siłami natury możliwy jest tylko wówczas, jeżeli potylica obniży się bardzo silnie i wskutek przesunięcia się obu kości bocznych przejdzie przez miejsce ścieśnione podobnie jak przy skośnem przodowaniu kości bocznej, lub jeżeli to nie wystarcza, ustawi się główka szwem strzałkowym w wymiar miednicy skośny, krótszy.

Ustawienie się główki w wymiar skośny krótszy z potylicą zwróconą ku tyłowi umożliwia przejście główki przez wchód nawet wówczas, jeżeli miednica jest *bardzo znacznie* skośnie *ścieśniona*.

Jednak w dalszym ciągu napotyka poród na bardzo znaczne trudności, a nawet często nie może się odbyć siłami natury. Ustawienie się główki szwem strzałkowym z potylicą zwróconą ku tyłowi w przypadkach miednic skośnie ścieśnionych nawet miernego stopnia uważać należy za niekorzystne i może spowodować w dalszym ciągu ustanie czynności porodowej.

(Autor podaje liczne ryciny, któremi ilustruje swe wywody, a których szczegóły należy przeczytać w artykule, gdyż nie nadają się do krótkiego streszczenia).

W o l f f: *Położnicze zamroczenie w hipnozie ze szczególnem uwzględnieniem techniki.* Z doświadczeń autora wynika, że w wielu przypadkach można po odpowiedniem przygotowaniu ciężarnej uzyskać zupełnie bezbolesny poród i to łatwiej w klinice aniżeli w domu prywatnym. Udaje się to przedewszystkiem u kobiet psychicznie zupełnie zdrowych. Przy najmniejszem powikłaniu nerwowem trudności są znaczne, wynik niepewny a temsamem korzyść minimalna, jeśli się zważy, że przecież te kobiety jako bardzo wrażliwe właśnie najwięcej potrzebują złagodzenia bólów.

Bardzo obszernie omawia autor technikę hipnozy, a wyniki swej metody porównuje z wynikami innych autorów, podając przytem krytyczne uwagi.

Jako jedną z wad hipnozy podnosi, że żaden z lekarzy nie ma sposobności dokładnego wyuczenia się jej, każdy jest pewnego rodzaju samoukiem, na co poświęcić musi bardzo wiele czasu, a jeszcze więcej nerwów i cierpliwości. To sprawia, że nawet gorący zwolennicy hipnozy po czasie ją zarzucają i w ten sposób stale ma ona charakter mniej lub więcej zajmującego doświadczenia.

F r a n k l: *O późnych krwotokach po porodzie i po poronieniu.* Oprócz resztek łożyska, ogólnego zakażenia i wreszcie tętniaków naczyniowych — przyczyną krwotoków w jakiś czas po porodzie może być także niedostateczne zwijanie się naczyń w błonie śluzowej. Temi przypadkami zajmuje się autor na podstawie materjału uzyskanego po wyskrobaniu macicy, ręcznem wydobyciu (155 przypadków) lub wreszcie po wycięciu macicy (16 przypadków).

W 73 przypadkach pierwszej grupy stwierdził zmiany zapalne, w 82 przypadkach zmian tych nie było. Żadnych innych powikłań, mogących stanowić przyczynę krwotoku, nie było. We wszystkich tych przypadkach obraz drobnowidowy wykazuje szkliste zwyrodnienie błony śluzowej i znaczne rozszerzenie naczyń tuż pod powierzchnią. Za przyczynę krwotoku uważa autor niedostateczne zwijanie się naczyń, a proces cały tłumaczy następująco:

Jeśli w czasie oddzielania się łożyska przegrody w warstwie gąbczastej *(Decidua spongiosa basalis)* nie przedzierają się prawidłowo, lecz w pewnych miejscach kosmki oddzielają się od powierzchni warstwy zbitej *(Decidua compacta basalis)*, tak że w tem miejscu doczesna pozostaje w całej swej grubości — wówczas powstają warunki, które mogą (lecz nie muszą) spowodować krwotok w jakiś czas po porodzie. Bardzo często te pozostałe resztki doczesnej ulegają całkowicie przemianie wstecznej bez najmniejszych następstw. Lecz nieraz dzieje się inaczej. Część maciczna warstwy gąbczastej pozostaje po ciąży z reguły w macicy i ona w całej pełni posiada właściwość przemiany w błonę śluzową. Pozostałe cząstki warstwy zbitej tej właściwości nie posiadają, a w każdym razie w bardzo małym stopniu. Otóż nieraz może ulec zwyrodnieniu szklistemu warstwa zbita, a nawet leżąca pod nią warstwa gąbczasta — przez co cała tkanka podstawowa staje się sztywna niepodatna, co uniemożliwia należyte zwinięcie się naczyń. W ten sposób powstają rozległe zatoki żylne, wewnątrz których krew częściowo krzepnie, a częściowo pozostaje płynna i które mogą być źródłem bardzo ciężkich, a nawet śmiertelnych krwotoków.

Ze statystyki autora wynika, że późne krwotoki w połogu z przyczyny wyżej podanej najczęściej przydarzają się u kobiet starszych, a nadto u tych, które przebyły liczne porody i często roniły.

W e r n e r: *Dalsze spostrzeżenia co do dzieci, urodzonych z matek naświetlanych promieniami Roentgena.* Materjał obserwacyjny autora obejmuje 22 kobiety, które po przebytem naświetlaniu jajników zaszły w ciążę i przebyły razem 45 ciąży. Z tych 45 ciąży 18 zakończyło się poronieniem (40%). Z 27 żywo urodzonych dzieci (9 chłopców i 18 dziewcząt) 5 zmarło w pierwszych latach życia (19%). Dwoje dzieci cierpi na wrodzone wady (wada serca i zwężenie tchawicy). Z reszty dzieci u 5-ciu stwierdził autor pewne zmiany patologiczne (krzywica, gruźlica płuc, ogólne osłabienie, tępość umysłu, skrzywione podudzie). W rozwoju co do długości i wagi ⅔ dzieci były upośledzone.

Na podstawie tych spostrzeżeń twierdzi autor, że naświetlanie jajników powoduje pewne uszkodzenia urodzonych później płodów, a na podstawie analogji z doświadczeniami poczynionemi u zwierząt sądzi, że uszkodzenia te jeszcze będą poważniejsze w drugiej generacji.

Inną kategorję stanowią przypadki, w których płód w łonie matki był naświetlany, zwykle z powodu nie rozpoznania istniejącej ciąży. — W roku 1921 opisał autor 2 podobne przypadki, a obecnie podaje trzeci.

Przypadek ten dotyczy osoby, która w pierwszych miesiącach ciąży była naświetlana 3 razy w odstępach 3 tygodniowych. Urodzony na końcu ciąży płód ważył 1500 gr., był bardzo delikatnej budowy i nie okazywał żadnych nieprawidłowości. Po 5 latach waży chłopiec ten 15 kg. i jest 97 cm. wysoki, przedstawia typowy okaz mongoła z małą głową i jest idjotą. Okoliczność, że u wszystkich tych dzieci występują te same zmiany (głównie *microcephalia, mongolismus* i upośledzenie rozwoju) stanowi zdaniem autora niezbity dowód, że te zmiany rozwojowe pozostają w etjologicznym związku z naświetlaniem. To zaś, że obok bardzo zniekształconych płodów, rodzą się w podobnych warunkach i płody pozornie zupełnie normalne, zależy od czasu i nasilenia naświetlania.

B u t o m o: *O działaniu śródmięśniowych wstrzykiwań mleka na ostre sprawy zapalne i na powstające przytem odczyny ogólne i miejscowe.* W ostrych sprawach zapalnych wstrzykiwał autor śródmięśniowo mleko kobiece w ilości od 0,5—6,00 cm^3. Zasadniczo wynik leczniczy był zawsze ujemny. Brak w tych przypadkach zwykłego klinicznego obrazu niespecyficznego odczynu po wstrzykiwaniach mleka, skłoniły autora w celu wyjaśnienia tego objawu, do przeprowadzenia doświadczeń na zwierzętach i to tak zdrowych jak i zakażonych. Z doświadczeń tych wynika, że śródmięśniowe wstrzykiwania mleka wywołują silny odczyn ze strony rdzenia pacierzowego. Spostrzegać przytem można znaczne zwiększenie się, szybsze dojrzewanie i szybkie przechodzenie elementów komórkowych do krwi. W ostrych sprawach zapalnych odczyn elementów rdzeniowych nie różni się zasadniczo od podobnego odczynu po wstrzyknięciu mleka u zwierząt zdrowych. Śródmięśniowe wstrzykiwania mleka nie wywierają wyraźnego wpływu pod względem morfologicznym na układ siateczkowo-śródbłonkowy królika zdrowego i zakażonego, a również na polyblastyczny odczyn komórek na obwodzie ogniska zapalnego tak u człowieka, jak i u zwierząt. Zdaniem autora nie ma żadnych zasadniczych różnic w ogólnym i miejscowym odczynie tkanek w organizmie zakażonym o ile idzie o procesy, które wpływają niekorzystnie na działanie wstrzykniętego mleka w ostrych sprawach zapalnych. Zmiana odczynu w organizmie po wstrzyknięciu mleka polega głównie na zwiększonej ilości leukocytów we krwi i energiczniejszym udziale ich w procesie zapalnym.

W i e l o c h: *Przyczynek w sprawie nastrzykania łożyska sposobem Majon-Gabastou.* Zdaniem autora oddziela się łożysko od ściany macicy po nastrzykaniu go sposobem M a j o n-G a b a s t o u nie wskutek jego różnicy powierzchni pomiędzy łożyskiem, a miejscem jego przyczepienia, lecz prawdopodobnie wskutek skurczu macicy, będącego następstwem podrażnienia, wywołanego przez napęcznienie łożyska. Po napęcznieniu bowiem łożyska włókna mięsne macicy tem mniej są zdolne do kurczenia się. Okoliczność ta tłumaczy, dlaczego często bardzo po nastrzykaniu łożyska krwotok nie tylko nie ustaje, ale nawet się zwiększa.

W przypadkach zakażonych metoda ta prawie zawsze zawodzi, ponieważ po nastrzykaniu łożyska macica zakażona nie jest zdolna do należytego skurczu. Dlatego metoda ta nadawałaby się do zastosowania tylko w przypadkach czystych i to takich, gdzie nie ma krwotoku. O wartości, tej metody miał autor, sposobność przekonać się na podstawie przypadku, w którym po nastrzykaniu łożyska zmuszony był odciąć nadpochwowo macicę wraz z łożyskiem. Był to przypadek zakażony. Dokładne badanie drobnowidowe wykazało, że mięsień macicy w obrębie przyczepu łożyska uległ znacznemu zniszczeniu (rozszczepieniu), a to wskutek tego, że płyn użyty do nastrzykania łożyska przedostał się do naczyń części matczynej łożyska. W przypadku tym wskutek zakażenia mięsień maciczny był kruchy, co naturalnie ułatwiało jego zniszczenie, lecz nie da się zaprzeczyć, że ewentualność ta może się przydarzyć i w mięśniu zupełnie zdrowym.

Jeśli się uwzględni, że metoda Majon-Gabastou nastrzykania łożyska nawet w przypadkach czystych i nie krwawiących często zawodzi, a z drugiej strony posiada wiele niebezpieczeństw jak zwiększenie krwotoku, rozszerzenie ewentualnego zakażenia, ewentualnie embolji powietrznej i zatrucia wskutek uszkodzenia powierzchni przyczepu łożyska płynem użytym do nastrzykania, nie można się dziwić autorowi, jeśli na podstawie smutnego doświadczenia odradza stosowania tej metody. Jeżeli stanowiska tego nie można przyjąć bez pewnych zastrzeżeń, to jednak zgodzić się trzeba z autorem z tem, iż nie można polecać tego zabiegu położnym, jak to radzą niektórzy autorowie.

Pribram: *Wielka torbiel maciczna.* Przypadek torbieli, wielkości głowy, usadowionej w dnie macicy i pozostającej w ścisłym związku ze ścianą macicy. Badanie drobnowidowe wykazało, że błona śluzowa trąbki przechodziła bezpośrednio w ścianę torbieli, której nabłonek był bardzo zbliżony do nabłonka trąbki. Torbiel rozwinęła się prawdopodobnie w części śródściennej trąbki, lub też na granicy błony śluzowej macicy i trąbki.

Omawiając kolejno wszystkie możliwe sposoby powstania podobnej torbieli, przypuszcza autor, że w opisanym przypadku najprawdopodobniej powstała ona z ciał Wolffa.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXXIV. posiedzenie naukowe w dniu 10 grudnia 1926 r.

Przewodniczący kol. Grek, obecnych 102 członków.

1. Kol. Kuhl omawia *epikryze przypadku raka płuc.*

W dyskusji zabierał głos kol. Bārącz, przypomina przypadek w lecie w r. 1924 obserwowany w klinice Prof. Renckiego, dotyczący 52 letniego profesora, w którym na tle promienicy szczytu lewego płuca powstał rak tegoż płuca z przerzutami w gruczołach chłonnych pach, pachwiny lew. i na dziąśle. Rozpoznanie przedstawiało zrazu znaczne trudności i wahało z początku pomiędzy gruźlicą a ziarnicą złośliwą. Laseczniki Kocha w plwocinie nie dawały się wykazać, natomiast stwierdzono w Instytucie Higjeny w plwocinie gramododatnie nitki podejrzane na promienicę. Kol. Barącz następnie znalazł w plwocinie typowe postacie promienicy, co potwierdzono w Zakładzie Higjeny. W naciek szczytu lewego płuca wstrzyknięto nawet 10 cm³ 1% rozczynu siarkanu miedzi, co chory b. dobrze zniósł. Tymczasem wycięte skrawki z tumoru na dziąśle przedstawiały obraz *raka krągło-komórkowego.* Mieliśmy zatem w przypadku tym b. rzadką kombinację promienicy płuca z rakiem płuca. Chory opuścił wkrótce klinikę i zmarł, sekcji niestety nie można było wykonać. Znane są też i opisane kombinacje promienicy z gruźlicą i kiłą, oraz przypadki, u których w bliznach pooperacyjnych po usunięciu raka (sutka i wargi) wystąpiła promienica następowo.

Kol. Hilarowicz przedstawia przypadek skrętu esicy, operowany na klinice chirurgicznej. U chorego tego wykonano wycięcie jednoczasowe okręconej esicy z połączeniem bok do boku, ze względu na krótkie trwanie sprawy, dobry stan ogólny chorego i nie upośledzone jeszcze odżywienie ścian kiszki. Omówienie najważniejszych sposobów operacyjnego leczenia skrętu esicy oraz stanowiska kliniki Lwowskiej. W przypadkach zgorzeli wyłonienie pętli, w przypadkach gdy stan chorego i odżywienie pętli są dobre wycięcie jednoczasowe, w innych razach zespolenie ramion u podstawy okręconej pętli.

W dyskusji przemawiali kol. Sołowij, Schramm, Ostrowski Tad., Barącz i Pisek. *W dyskusji* nad *przypadkami nowotworów* płuc z poprzedniego posiedzenia kol. Węgrzynowski zaznacza, że przypadku kol. Tyszki nie zna, lecz ma dokładne informacje od kolegi, w którego leczeniu przypadek ten poprzednio pozostawał. Otóż chory ten gorączkował od roku do 39°; w 18 r. życia przebył chory jakąś niedługą sprawę gorączkową; ostatnio od roku wystąpiły poty, wychudzenie, brak łaknienia. Przy badaniu kolega ten stwierdził oddech nieznacznie chuchający i znaczną ilość rzężeń. Przy prześwietlaniu rentgenolog stwierdził, że naciek nie był zbyt intenzywny. Założenie odmy poraz I. przyniosło choremu ulgę znaczną: kaszel ustąpił, gorączka spadła. W 2 dni potem założono odmę poraz II-gi; po trzeciem założeniu odmy w kilka dni wystąpiły parezy. Przypadek ten jest b. interesujący, gdyż pierwotne raki płuc są stosunkowo rzadkie, na 1000 nowotworów stwierdza się 16 nowotworów płuc. Rozpoznanie też pierwotnego raka płuc jest bardzo trudne i często są one rozpoznawane jako gruźlica płuc. Co do II-ego przypadku kol. Kuhla, przypadek ten jest mówcy dobrze znany. Chory gorączkował do 37,6°, po wypuszczeniu eksudatu, mówca zrobił choremu odmę lecz była to odma zastępcza, a nie lecznicza. Po założeniu II-giej odmy chory był prześwietlony; widać było wtedy cień około oskrzela; W. zapisał przypadek ten w księdze u siebie jako: *suspec. ca pulm.*

Kol. Rencki omawia przypadek pierwszy. Podnosi, że chory po przybyciu do kliniki nie gorączkował, plwocina była bez prątków, odczyn Pirqueta ujemny; zaznacza, że duża ilość rzężeń, nie upoważnia jeszcze do robienia odmy; muszą być znalezione prątki Kocha. Podnosi następnie rzadkość pierwotnych raków płuc. Co do przypadku drugiego (kol. Kuhla) zaznacza, że zrobiona punkcja Gravitza mogła ustalić rozpoznanie wczesne. Kol. Schramm sądzi, że za pomocą lipjodolu możnaby wcześniej stawiać dobre rozpoznanie pierwotnego raka oskrzeli, a wtedy chorzy tacy częściej dostawaliby się do zabiegu operacyjnego. W sprawie stosowania lipjodolu przemawiali kol. Rencki i Meisels.

W dyskusji nad przedstawionym na poprzedniem posiedzeniu przez kol. Janusza pokazem anatomicznym *zapalenia krwotocznego opony twardej* Kol. Arend Rudolf zaznacza, że dziwnym zbiegiem okoliczności w krótkim stosunkowo czasie, albowiem w ciągu siedmiu miesięcy (b. r.), mieliśmy sposobność obserwować na oddziale nerwowym cztery przypadki *pachymeningitis haemorrh. int.*, wszystkie śmiertelne. W dwu razach postawiono rozpoznanie jeszcze przed nakłuciem lędźwiowem, raz po nakłuciu, a w jednym przypadku nie rozpoznano należycie sprawy chorobowej. Wobec tego mogłoby się zdawać, że jest to wcale częste schorzenie, co nie odpowiada rzeczywistości. Choć dziwnie znowu zaiste brzmi doniesienie Gowersa, iż w Londynie w ciągu 40 lat nie stwierdzono ani jednego przypadku. O częstości występowania *p. h. i.* daje nam dobre wyobrażenie statystyka, którą zebrał Erneste Ciarla. Autor ten podaje 57 przypadków pochodzących z wewnętrznych oddziałów szpitala rzymskiego S. Spirito, a nadto przypadki z Zakładu dla obłąkanych w Rzymie w ilości 163, z okresu długiego szeregu lat. Ciekawą jest rzecza, iż trafne rozpoznanie kliniczne należy do rzadkości. Oto wśród 57 przypadków Ciarli tylko w 4 — rozpoznano sprawę za życia, wśród 163 ani razu.

W dyskusji kol. W. Janusz podnosi ważność spostrzeżeń kol. Arenda, stwierdzających uderzającą częstość występowania w ostatnich czasach przypadków tej zmiany na oponie twardej. Węgierski autor prof. Sarbo, w pracy „Ueber die Pachymeningitis haemorrhagica interna“, ogłoszonej w D. Zeit. f. Nervenheilkunde B. 92 r. 1926, upatruje w niezwykłej częstości występowania wspomnianej jednostki chorobowej, podejrzenia co do zakaźnego pochodzenia tej sprawy. Jego uwaga zasługiwałaby na uwzględnienie i skontrolowanie w naszych zakładach szpitalnych.

W dyskusji nad wykładem kol. Gąsiorowskiego na poprzedniem posiedzeniu kol. Lipiński podnosi wartość badań porównawczych Doc. Gąsiorowskiego, zaznaczając, że badania te oparte są na bardzo znacznym materjale (23.000 surowic). Nawiązując do słów prelegenta, tyczących się nieswoistych odczynów Wassermanna w przebiegu płonicy, zaznacza na podstawie badań własnych, przeprowadzonych w pracowni bakterjologicznej tutejszego oddziału zakaźnego, wspólnie z Kol. Balikówną, że z odczynem dodatnim nieswoistym spotykał się w 14% przypadków w przebiegu płonicy jedynie przy użyciu surowicy czynnej. Przy odczynie Wassermanna klasycznym (z surowicą ogrzaną w łaźni wodnej w temperaturze 56° C przez pół godziny) nieswoistych dodatnich wyników nie otrzymywał przy płonicy. Odczyn Wassermanna u luetyka, który zapadł na płonicę, zachowywał się dwojako — albo pozostawał dodatnim przez cały okres płonicy, albo też stawał się przemijająco ujemny, by w okresie późnego zdrowienia stać się znowu dodatnim. Lipiński wskazuje na znacznie większą czułość odczynu Wassermanna z surowicą czynną, podkreślając równocześnie jego nieswoistość przy ciąży, w połogu,

gruźlicy płuc, nowotworach i t. d. i opierając się, na własnych badaniach, których wyniki przedstawił na zeszłorocznym zjeździe lekarzy i przyrodników w Warszawie, zaleca, ze względu na znaczne korzyści, wykonywanie równoczesne odczynu Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną, obok jednego z odczynów kłaczkujących.

Porównując odczyny kłaczkujące, propaguje wykonywanie odczynu zmętnienia Meinickego (M. T. R.), który odznacza się obok swoistości znaczną czułością, przyczem wykonywanie techniczne jest łatwe, a odczytywanie nie napotyka na żadne trudności. Zainteresowanym bliżej odczynem zmętnienia Meinickego wskazuje na własną pracę o wartości odczynu, ogłoszoną w zeszłym roku w Polskiej Gazecie Lekarskiej.

7. Kol. Koskowski wygłasza: *„O medycynie eksperymentalnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej“* (przeznaczone do druku).

XXXV. posiedzenie naukowe w dniu 17 grudnia 1926 r.

Przewodniczący kol. Grek, obecnych 110 członków.

1. Przewodniczący przedstawia listę komisji matki, Czeżowska, Dawidowicz, Domaszewicz, Kuhn, Lenartowicz, Mączewski, Ostrowski St., Pisek, Pohorecki, Rencki, Sabatowski, Wachnianin, Zabłocki, Zgórski i Zieliński.

2. Kol. Sochański wygłasza: *„Współczesne poglądy na otyłość i jej leczenie“*.

W dyskusji kol. Schellenberg rozważa wpływ czynności jajników na otyłość. Rozmnażanie się utkania tłuszczowego stoi niewątpliwie w związku z rozwojem jajników. Istoty płciowo zimne są otyłe, gorące zaś są szczupłe. W związku z tem podnosi wyśmienite niekiedy wyniki przy otyłości przetworów takich jak *extr. ovarii, agomensina, corpus luteum.*

Kol. Tyszka podnosi próby leczenia niektórych przypadków otyłości przez odwadnianie za pomocą novasurolu lub lepiej salyrganu. Działanie to polega na wzmożeniu wydzielania soli z moczem, skutkiem czego te osobniki otyłe, których otyłość polega na patologicznem zatrzymywaniu się soli w ustroju (prawdopodobnie na tle zaburzeń wydzielania wewnętrznego), mimo znacznego ograniczenia kaloryj w pożywieniu — nie wykazują spadku na wadze. Osobniki te po zastosowaniu salyrganu przez pewien czas spadają znacznie na wadze.

W odpowiedzi przemawiał kol. Sochański.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 5. stycznia 1927 r.

I. Kol. Kryszek przedstawia mężczyznę z wrodzoną wadą serca: *foramen ovale apertum.*

II. Kol. Kalisz przedstawia młodą kobietę, u której po porodzie kleszczowym wytworzyła sie olbrzymia *nekroza dolnych części rodnych* ze zniszczeniem cewki i zwieracza oraz zbliznowaceniem pochwy i przetoką pomiędzy tylną ścianką cewki i pochwą. Kol. Kalisz wykonał operację, polegającą na wytworzeniu zwieracza z *musculus pyramidalis.*

Obecnie chora utrzymuje mocz w dzień w ciągu 2 godzin, w nocy krócej, lecz zwieracz funkcjonuje dobrze. Następna operacja polegać będzie na wytworzeniu sztucznej cewki.

III. Kol. Dengel przedstawia chorą w przebiegu *operacji wytwórczej przełyku metodą Siana-Rutkowski.* Dziewczyna lat 19; przed 2 laty napiła się kwasu solnego, wskutek czego nastąpiło zupełne zamknięcie przełyku na wysokości 1-go żebra. Kol. Dengel wykonał dolną część przełyku z żołądka, wycinając długi płat, uszypułowany od strony odźwiernika i zawierający *art. gastroepiploicam dextram* oraz nerwy; płat ten został zwinięty i zaszyty w postaci rurki grubości dużego palca i następnie po dokonaniu tunelu ponad mostkiem pod skórą wyprowadzony na zewnątrz na wysokości 3 żebra. Jako drugi etap operacji — zdrowy przełyk w okolicy szyi tuż ponad jugulum został wydzielony nazewnątrz i przyszyty do skóry, poczem po otwarciu go połączony czasowo gumową rurką z dolną częścią przełyku, wytworzoną z żołądka. Obecnie chora jada wszystkie bez wyjątku pokarmy i na wadze przybyło jej 7 kilo. Pozostał jeszcze do wykonania III. akt operacji, t. j. połączenie za pomocą płatu skórnego obu otworów przełyku.

Po odczytaniu i przyjęciu rocznych sprawozdań Sekretarza, Bibljotekarza, Skarbnika i Komisji Rewizyjnej przystąpiono do wyboru nowego Zarządu.

Wybrani zostali:

Prezes — kol. Załęski. Wiceprezes — kol. Sterling. Sekretarze kol. Rueger i Tenenbaum. Bibljotekarze kol. Prechner i Kocen. Skarbnik — kol. Mogilnicki. Komisja Rewizyjna: kol. Perlis, Skusiewicz i Rajterowski.

Posiedzenie w dniu 19. stycznia 1927 r.

I. Kol. Szwajg przedstawia dwa przypadki nietypowej i rzadko wykonywanej operacji okulistycznej, przeprowadzonej na oddziale ocznym szpitala Poznańskich. Obie przedstawione młode kobiety z powodu nieszczęśliwego wypadku oparzenia kwasem nie tylko straciły każda lewe oko, lecz odniosły *zupełne zabliźnienie oczodołu i szpary powiek.* Dla umożliwienia noszenia protezy — przez odseparowanie skóry i powiek od podłoża i usunięcie tkanki zbliznowaciałej wytworzono jamę, którą wyścielono wolnym płatem skóry, odseparowanej od przedramienia. Przeszczepiony płat przymocowano dookoła kilkoma zwyczajnemi szwami, a na górnym i dolnym załamku głęboko szwem dwuuzbrojonym. Do tak wysłanej jamy wstawiono i przez cały czas pozostawiono t. zw. protezę tymczasową. Przeszczepione płaty przyjęły się zupełnie i wynik kosmetyczny zapowiada się dobrze.

II. Kol. Pik przedstawia 2 mężczyzn — jednego z *dystrophia muscularis progressiva Erba* — drugiego ze *Sclerosis lateralis amyotrophica.*

Kol. Grosglik przedstawia 50-letniego mężczyznę z *limphosarcoma* na prawej stronie szyi i dużym gruczołem pod prawą pachą. Guz wielkości 11x10 ctm., owalny twardy, zrośnięty z podstawą przesuwalną pokryty skórą zwykłej barwy. Po jednorazowem naświetlaniu guza (0,5 100% HED), guz w ciągu 4 tygodni zginął zupełnie, gruczoły pod pachą mało wyczuwalne.

III. Kol. Kryszek przedstawia chłopca 13 l. z *tachycardia paroxysmalis* z objawami zastoinowymi. Ciśnienie krwi 75—85. Napady występują co kilka miesięcy i trwają 2—3 tygodni. Tętno 172.

IV. Kol. Grosglik wygłosił odczyt: Guzy skórne w przebiegu ciężkiej *białaczki myeloblastycznej,* powstałe pod wpływem promieni Roentgena“.

Mówca spostrzegał to zjawisko dwukrotnie u dwu pacjentek z białaczką szpikową. U jednej oprócz wysypki doszło jeszcze do powstawania guzów skórnych: jedne z nich trwały 1 do 2 dni, inne nie znikały. Guzy te zaczęły występować już po drugiem naświetlaniu, powtarzając się ściśle po każdem następnem posiedzeniu. Wysypkę zauważono dopiero w 1½ miesiąca po pierwszym guzie. Geneza wysypek w danym przypadku wiąże się ze wzmożonym rozpadem tkanki szpikowej w naświetlanej śledzionie, za czem przemawia zmniejszenie śledziony. Trudniej jest wytłumaczyć pochodzenie guzów. Badanie mikroskopowe kawałka wyciętego (ale tylko warstwy powierzchownej, gdyż głęboka uległa zepsuciu) wykazało pewne podobieństwo do *granuloma fungoides* oraz do guzów białaczki szpikowej. Badanie histologiczne nie jest jeszcze skończone.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Gliksman, Kocen, Garewicz i Załęski.

Posiedzenie z dnia 9. lutego 1927 r.

I. Kol. Aleksander Margolis wygłosił odczyt: *O czynności żołądka w okresach początkowych gruźlicy.* (Drukowane w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

W dyskusji kol. Sterling zapytuje, czy dyspepsja żołądkowa może maskować również i gruźlice pozapłucną. Kol. Tenenbaum przytacza pogląd Lessnera, który objaśnia dyspepsję intoksykacyjną. Prelegent odpowiada, że dyspepsja żołądkowa powstaje prawdopodobnie i w początkowej gruźlicy pozapłucnej, pogląd zaś Lessnera bynajmniej nie przeczy teorji sympatykotonji ustroju w gruźlicy.

Posiedzenie z dnia 16. lutego 1927 r.

I. Kol. Kryszek przedstawia 36-letnią kobietę z rozpoznaniem wrodzonej *Stenosis isthmi aortae.* U pacjentki stwierdził długi szmer skurczowy, umiejscowiony nad aortą i tamże *fremissement;* akcentację II tonu aorty; powiększenie lewej granicy serca i podnoszące uderzenie koniuszkowe w linji sutkowej. Wassermann —; ciśnienie 130/70 mm. Hg; ciśnienie w dolnych kończynach o 10 mm. mniejsze. Ogólny stan chorej i długość szmeru wykluczają miażdżycę, akcentacja II tonu nad aortą — wyklucza rozszerzenie ujścia tętniczego. Wyraźne objawy wysłuchowe serca, jak i słyszalność szmeru wzdłuż kręgosłupa z lewej strony pozwalałoby klinicznie ustalić w tym przypadku rozpoznanie, co potwierdziło zdjęcie Roentgenowskie.

Zasługuje na uwagę brak dolegliwości i całkowita wydolność mięśnia sercowego.

Pacjentka od 14 roku życia pracuje w fabryce włókienniczej i przebyła 6 porodów; obecnie jest w III miesiącu ciąży.

II. Kol. Kryński przedstawia mężczyznę z *pyodermia chronica papillaris exulcerans* na tylnej powierzchni lewej dłoni.

III. Kol. Kryszek wygłasza referat: *„O wskazaniach do przerwania ciąży z powodu chorób sercowych"*. We wstępie omawia mechanizm i wpływ ciąży na przemieszczenie i przerost normalny serca, poczem ocenia wartość statystyk, mających wykazać: 1) jak często u ciężarnych spotykają się wady sercowe i 2) w jakim odsetku schorzeń sercowych — i jakich — następuje podczas ciąży lub porodu śmierć. Następnie stwierdza, że wada zastawkowa, jako taka, nie jest wskazaniem do przerwania ciąży. O stanie serca decyduje wyłącznie wydolność mięśnia sercowego i wielkość jego siły zapasowej. Przytacza istniejące metody, pozwalające oceniać tę właśnie siłę zapasową. Specjalnego omówienia wymaga zwężenie zastawki dwudzielnej, jako dające najczęstszą stosunkowo ilość przypadków śmierci podczas ciąży lub porodu. Zaburzenia wyrównania wady zastawkowej wymagają leczenia naparstnicą, i dopiero, gdy wyrównanie nie następuje, lub zaburzenia się powtarzają, istnieje wskazanie do przerwania ciąży. Bezwzględnem wskazaniem jest niewydolność mięśnia sercowego niezależnie od charakteru pierwotnego schorzenia.

IV. Kol. Gliksman wygłasza referat: *„Postaci kliniczne posocznic gruźliczych"*.

Z chwilą, gdy lasecznik zjadliwy dostaje się do obiegu krwi, mamy posocznicę, dostaje się zaś do dużego obiegu drogą bezpośrednią wprost z ogniska gruźliczego, częściej zaś pośrednio — poprzez warstwy ścian żołądkowo-jelitowych. Z punktu widzenia klinicznego podzielić można posocznice na pierwotne i wtórne. Posocznice pierwotne powstają u osesków na skutek zakażenia i przez łożysko. Calmette i Boquet w r. 1925 starali się dowieść na podstawie doświadczeń, że twory gruźlicze i hodowla laseczników w pewnym momencie zawierają zarazek przepuszczalny przez filtr Chamberlanda, zarazek niewidoczny pod mikroskopem; zarazek ten przedostaje się przez łożysko do organizmu płodu, powodując zakażenie swoiste i zmiany, w których znaleść można lasecznik Kocha. Posocznice wtórne bez zmian swoistych w narządach podzielić można na postacie uogólnione i postacie z przeważającemi objawami umiejscowionemi. Z postaci uogólnionych opisywane były dwie: o przebiegu nieżytu żołądkowego — i *typhobacilloza* Landouzy, której przebieg identyczny jest z przebiegiem duru brzusznego, z wyjątkiem ujemnego odczynu Widala i zakończeniem ostremi suchotami. Postaci o objawach umiejscowionych opisywane były z przeważającemi objawami w płucach, w narządach krwionośnych, w ośrodkach nerwowych, w stawach, w skórze, w gruczołach dokrewnych i nerkach. Posocznice ze zmianami swoistemi w narządach tak samo podzielić można na uogólnione i umiejscowione. Z uogólnionych opisywane były: postać durowa, którą cechują klinicznie: sinica, skłonność do krwotoków, wzmożona wrażliwość na dotyk, osłabienie szmeru pęcherzykowego, i postać ropna z codziennemi napadami pseudozimniczemi. Z umiejscowionych: zaduszająca ostra gruźlica, gruźlica opłucnootrzewnowa, żołądkowa, mózgowo-oponowa i gardzielowa — wszystkie o przebiegu fatalnym.

W dyskusji: Kol. Załęski sądzi, że *typhobacillosis* jest chorobą krwi i że dopiero w końcowym okresie zakażenie umiejscawia się w jakimkolwiek z narządów; pozatem, że zarazek przesączalny Calmette'a stanowi przewrót w naszych pojęciach o sposobie szerzenia się gruźlicy; dowodzi wreszcie, że lasecznik Kocha przedostaje się przez warstwy żołądkowe do naczyń chłonnych za pośrednictwem fagocytów. Kol. Kryński wspomina o ostrej gruźlicy prosówkowej skóry. Kol. J. Kon uważa, że doświadczenia Calmette'a wymagają potwierdzenia i dalszych badań. Kol. Sterling zwraca uwagę na pominięty w odczycie dział t. zw. gruźlic zapalnych bez zmian swoistych w tkankach o częstem umiejscowieniu w stawach. Kol. Neumark zwraca uwagę, że w spostrzeganym przez prelegenta przypadku *typhobacillosis* nie było ani badań bakterjologicznych, ani sekcji i zapytuje jak wytłómaczyć, że w jednym przypadku posocznica umiejscawia się w płucach w innym zaś na skórze.

Posiedzenie z dnia 2. marca 1927 r.

I. Kol. Dengel pokazuje trzech młodych mężczyzn w wieku lat dwudziestu kilku *po operacji pękniętego wrzodu żołądka*. U wszystkich pacjentów przed pęknięciem nie było najmniejszych objawów istniejącego wrzodu. Jeden z pokazywanych operowany był po 40 godzinach z objawami rozwiniętego już zapalenia otrzewnej. Ze względu na silny shock, jaki wywołuje pęknięcie wrzodu żołądka, kol. Dengel przy operacji unika resekcji w miarę możności. Następnie kol. Dengel pokazuje chorego, operowanego z powodu *skrętu esicy (megacolon sigmoideum)*. Początkowo esicę odkręcono i dopiero po kilku tygodniach resekowano.

II. Kol. Keilson wygłasza odczyt: *Objawy allergji w rentgonogramach chorych na gruźlicę płuc.*

W pierwszej części odczytu prelegent przeprowadza różniczkowe rozpoznanie pierwotnego i drugiego okresów biologicznych gruźlicy płuc z röntgenogramami. Okres drugi charakteryzują: odczyn zapalny w gruczołach wnękowych, nacieczenie przyogniskowe, symetryczne umiejscowienie ognisk z przewagą górnych części płuc, brak płatowego odgraniczenia. Okres trzeci charakteryzują: brak widocznego odczynu zapalnego w gruczołach, brak nacieczeń przyogniskowych, płatowe odgraniczenie ognisk, przerzuty oskrzelowe z płatu do płatu często przeciwległej strony.. Pokaz prześwietlenia z dziedziny gruźlicy płuc różnych okresów. W części drugiej odczytu prelegent mówi o spostrzeżeniach, uczynionych na dużym materjale gruźliczym i dotyczących wyjątkowego stanowiska, jakie zajmuje część podobojczykowa płuca prawego (rzadziej lewego) w sensie częstości umiejscowienia ognisk i przeważnie wysiękowego ich charakteru. Prelegent stawia następujące wnioski:

1) w znacznej ilości przypadków znajdujemy pierwsze zmiany gruźlicze okresu III Rankego w tylnej części płaszczyzny dolnej górnego płatu płuca prawego. Podobne umiejscowienie zmian pierwotnych znajdujemy w niektórych przypadkach okresu drugiego.

2) Nierozległe ogniska gruźlicze o wspomnianem umiejscowieniu charakteryzuje mała skłonność do szerzenia się.

3) W przypadkach posuniętych, ogniska o wspomnianem umiejscowieniu podlegają częściej rozpadowi, niż umiejscowione w innych częściach płuc.

Posiedzenie z dnia 16 marca 1927 r.

I. Kol. Garewicz przedstawia chorego, operowanego w Warszawie 28. II. 1926 r. z powodu *neoplasma malignum testis sinitri ectopicum*. Chory zgłosił się 30. III. 1926 r. z powodu objawów klinicznych przerzutu w żołądku i jamie brzusznej. *Pod wpływem głębokiej terapji Roentgena objawy znikły.* W lipcu r. z. powstał guz wielkości głowy w klatce piersiowej, wychodzący ze śródpiersia. Kol. Garewicz pokazuje roentgenogram guza oraz stopniowe zmniejszanie się tegoż pod wpływem terapji głębokiej aż do zupełnego zniknięcia, co stwierdza szereg pokazanych roentgenogramów.

II. Kol. Kryński pokazuje przypadek *tuberc. verrucosa cutis* na tylnej powierzchni kiści.

III. Kol. Sew. Sterling wygłasza referat p. t.: *Schorzenia nerek jako wskazanie do przerwania ciąży.* Spotykamy tu dwie grupy: I. *Nephropathia in graviditate,* mianowicie *glomerulonephritis acuta* lub *chronica*. II. *Nephropathia ex graviditate,* jako jedną z odmian *toxicoseos gestationis.*

Nephropathia in graviditate.. Glomerulo-nephritis acuta przebiega obok ciąży: zwykle oba stany na się wzajem nie wpływają. *Glom.-neph. chronica* może też przebiegać obok ciąży bez wpływu wzajemnego; może się jednak pogorszyć i doprowadzić do mocznicy. W okresie przedmocznicowym, jeśli leczenie (łóżko, dieta, bezbiałkowa aż do głodowej, upust krwi) nie przerywa postępu choroby, nie zmniejsza we krwi ilości azotu niebiałkowego i indykanu, nie zmniejsza parcia krwi, nie zwiększa ilości moczu, nie poprawia zmian na dnie oka, nieusuwa bólów głowy, wymiotów — należy przerwać ciążę. Wybuch mocznicy jest wskazaniem bezwzględnem (zazwyczaj ten wybuch sam przerywa ciążę).

II. Nephropathia ex graviditate jest nerczyca *(nephrosis)* z podniesieniem parcia krwi. Obrzęki i białkomocz do 1‰ — bez innych objawów — niesą stanem patologicznym. Nerczyca jest chorobą nie nerek, lecz raczej całego ustroju, schorzeniem układowem; dotyczy głównie śródbłonków naczyń włoskowatych w całym ustroju *(endotheliosis)*, jest zmianą stanu koloidów. W patogenezie odgrywają rolę te wszystkie, bardzo liczne, zmiany, jakie wywołuje ciąża w całym ustroju; bezpośrednio zaś działa tu: przesunięcie odczynu krwi ku kwasicy, nadmiar jonów sodu i brak jonów wapnia w sokach; przyczyną podniesienia parcia są tu pewne toksyny (zdaje się — aminy biogenne). W okresie przedrzucawkowym, jeśli leczenie (łóżko, ograniczenie płynów i soli, ograniczenie wszelkiego odżywiania, niedoprowadzone jednak do głodzenia, które groziłoby w zespole zmian ciążowych — wątrobie; nakłucie lędźwiowe) nie łagodzi objawów (małej ilości mo-

czu, obrzęków, wymiotów, bólu głowy; nie usuwa *amaurosis)* należy przerwać ciążę. Wybuch rzucawki jest wskazaniem bezwzględnem.

W okresach wczesnych wymienione dwie postaci schorzenia nerek zróżniczkować można przez badanie wydolności (głównie koncetracyjnej) nerek i poszukiwanie we krwi azotu niebiałkowego i indykanu. Jest to szczególnie ważne wobec możności istnienia *glomerulo-nephritis chronica acuta.*

Obie postaci schorzeń nerkowych w pewnym okresie swego rozwoju dają wskazania do przerwania ciąży, ponieważ obie mogą grozić życiu ciężarnej.

W dyskusji odpowiada prelegent: *Nephrosis* samoistna bardzo rzadko wikła ciażę. *Nephrosis in graviditate* nie była spostrzegana. — Obie grupy schorzeń w tem są do siebie podobne, że obie prowadzą do utraty zdolności utrzymywania izojonji soków ustroju w krążeniu zamkniętem i w krążeniu otwartem; wogóle jednak, metoda oceny wydolności nerek przez ocenę tej ich zdolności nie jest jeszcze dojrzała. — Statystyka częstości powikłań nie jest opracowana, ponieważ wyodrębnianie *nephropatia in* od *ex graviditate* nie jest dosyć długo dotąd stosowane, a postać *nephritis chronica occulta*, ulegająca w ciąży pogorszeniu, bywała wtedy często uważana za *nephropathiam ex graviditate.* — W przypadkach przerwania ciąży z powodu grożącej (lub istniejącej) rzucawki — ustrój szybko powraca do normy; w przypadkach mocznicy — choroba zasadnicza pozostaje. — Rzeczą jest niewątpliwą, że pogorszenie się lub ujawnienie chronicznego zapalenia nerek zależy od zmian, jakie zachodzą w ustroju pod wpływem ciąży.

Sekretarz (—) *Rueger.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Bibljoteka Oficerskiej Szkoły Sanitarnej. Z końcem b. r. ukaże sie w druku II- gi Rocznik Polskiej Bibljografji Lekarskiej za okres czasu od 1. VII. 1926 do dnia 30. VI. 1927, opracowany systemem krzyżowym, t. zn. alfabetycznie według autorów i uzupełniony dokładnemi odsyłaczami rzeczowemi. Aby Bibljografja ta mogła objąć możliwie kompletny wykaz wszystkich prac z zakresu medycyny polskiej, proszę uprzejmie JWPP. Lekarzy o łaskawe nadsyłanie swych prac wydanych oddzielnie (książki, broszury odbitki prac, ogłoszonych w czasopismach polskich i zagranicznych) — pod adresem niżej podanym. Wszystkie łaskawie nadesłane prace zostaną po wykorzystaniu wcielone do inwentarza Bibljoteki Oficerskiej Szkoły Sanitarnej. JWPP. Lekarzom, którzy do tej pory byli łaskawi prace swe nadesłać, składam gorące podziękowanie. Jednocześnie pozwalam sobie nadmienić, że pragnąc zinwentaryzować dotychczasowy, bogaty materjał naukowy Polskiej Medycyny — opracowuję Polską Bibljografię Lekarską za okres 1901—1925 roku. Opracowaną będzie według najlepszego wzoru bibljograficznego i umożliwi szybkie zorjentowanie się i wyszukanie prac na wszytkie poszukiwane tematy i zagadnienia. Praca ta obejmuje dzieła osobno wydane, artykuły w czasopismach lekarskich, oraz artykuły i prace popularne lekarskie, pisane przez lekarzy a ogłoszone w rozmaitych czasopismach. Materjał jest tak obfity, że mogą się zdarzyć przeoczenia i niedokładności, byłbym zatem bardzo zobowiązany za łaskawe nadsyłanie materiałów i z tego okresu czasu. Kierownik Bibljoteki Of. Szkoły Sanitarnej: *Konopka Stanisław,* kapitan. Warszawa, ul. Górnośląska 45.

Towarzystwo chirurgów słowiańskich. Podczas Zjazdu lekarzy słowiańskich w Warszawie w początku czerwca r. b. zostało zawiązane przez delegatów chirurgów poszczególnych narodów słowiańskich — Towarzystwo Chirurgów Słowiańskich. Celem Towarzystwa jest organizowanie ogólnosłowiańskich zjazdów chirurgicznych, wydawanie wspólnego pisma i innych wydawnictw chirurgicznych, popieranie i rozwój chirurgji słowiańskiej, wzajemne poznanie się i zbliżenie chirurgów słowiańskich i t. p. Organizacja Towarzystwa: ogólne sprawy towarzystwa prowadzi Zarząd (biuro), składający się z prezesa, wiceprezesa, sekretarza i skarbnika. Towarzystwo składa się z miejscowych Komitetów — bułgarskiego, czeskosłowackiego, jugosłowiańskiego i polskiego, na których czele stoją delegaci i ich zastępcy. Pierwszy Zarząd funkcjonuje w Warszawie; członkowie jego, zgodnie z tymczasowym statutem, zostali wybrani przez zebranie organizacyjne, złożone z członków zarządu Towarzystwa Chirurgów Polskich i Warszawskiego Towarzystwa Chirurgicznego. Na prezesa obrano prof. dra A. Leśniowskiego, na wiceprezesa docenta dra W. Łapińskiego, na sekretarza — dra A. Ambrozewicza, na skarbnika — dra E. Tymienieckiego. Na delegata Komitetu Polskiego wybrano prof. dra B. Sawickiego, na zastepcę — prof. dra A. Jurasza. Chirurgowie Polscy, którzy życzą zostać członkami nowopowstałego Towarzystwa, zechcą zgłosić swoją kandydaturę do delegata Komitetu Polskiego prof. dra B. Sawickiego. (Warszawa, Bracka 16). Szczegółowe regulaminy (wysokość składki rocznej i t. d.) zostaną rozesłane po opracowaniu.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej niniejszem komunikuje, że ambasada francuska zawiadomiła nasze władze iż w październiku r. b. odbędzie się XIX kongres medycyny francuskiej w Paryżu. Ponieważ w kongresie tym biorą udział i lekarze zagraniczni, przeto ambasada pragnęłaby mieć listę uczestników z Polski. Koledzy, pragnący wziąć udział w tym kongresie, powinni zgłaszać się do swoich Izb, a te prześlą listy kandydatów do Naczelnej Izby do dnia 1 września. Jeżeli zgłoszą się kandydaci, Naczelna Izba wystąpi o ulgi paszportowe.

Kraków.

Studjum wychowania fizycznego w Uniwersytecie Jagiellońskim. Uniwersytet Jagielloński otwiera od jesieni 1927 trzechletnie uniwersyteckie Studjum wychowana fizycznego przy Wydziale lekarskim. Studjum to jest zorganizowane na wzór istniejącego już od szeregu lat Studjum wychowania fiz. w Uniwersytecie poznańskim i jest analogiczne do innych specjalnych Studjów uniwersyteckich (n. p. pedagogicznego, dawniejszego rolniczego i t. d.), ma zatem za zadanie kształcić w swoim zakresie wychowańców na poziomie uniwersyteckim. Absolwenci pełnego 3-letniego Studjum wychowania fizycznego, poświęcający się wyłącznie temu przedmiotowi, będą mieli prawo po złożeniu odpowiednich egzaminów i rozprawy naukowej do uzyskania uniwersyteckiego stopnia Magistra wychowania fizycznego. Studenci pełnego Studjum wychowania fizycznego nie mogą równocześnie studjować na Uniwersytecie w żadnym innym zakresie, ponieważ wykłady i ćwiczenia pełnego Studjum wychowania fizycznego zajmują cały dzień a są bezwzględnie obowiązkowe. Czas przebyty na Studjum nie może być zaliczony do właściwych studjów lekarskich. Ze Studjum w uproszczonym zakresie nauki trzechletniej względnie dwuletniej będą mogli korzystać studenci innych Wydziałów Uniwersytetu, nabywając wiadomości i sprawności wystarczających do egzaminu z wychowania fizycznego, jako przedmiotu pobocznego przy egzaminie nauczycielskim dla szkół średnich. Wykłady i ćwiczenia uproszczonego Studjum wychowania fizycznego zajmują dziennie 2 do 4 godzin (z tych połowę ćwiczenia cielesne) i są również obowiązkowe. W czasie Studjum wychowania fizycznego muszą być składane obowiązkowe egzamina w stałych terminach. Nieuczęszczanie na wykłady i ćwiczenia jakoteż niepomyślne wyniki egzaminów pociągają za sobą wykreślenie ze Studjum. Warunkiem przyjęcia na Studjum jest świadectwo dojrzałości szkoły średniej ogólno-kształcącej, nieprzekroczony 30 rok życia, zupełne zdrowie fizyczne, a pierwszeństwo w przyjęciu mieć będą kandydaci i kandydatki, którzy już studja uniwersyteckie rozpoczęli i mają lepsze świadectwa dojrzałości, którzy posiadają sprawność fizyczną nabytą poprzedniem ćwiczeniem, oraz członkowie organizacji harcerskiej Baden-Powelowskiej. Przed przyjęciem kandydaci muszą się poddać badaniu przez lekarza Studjum dla stwierdzenia, czy są zdolni podołać trudom fizycznym, jakie Studjum nakłada. Liczba miejsc na Studjum jest ograniczona. Podanie o przyjęcie wnosić należy najdalej do dnia 31 sierpnia 1927 r. do Dyrekcji Studjum Kraków, ul. Lubicz 42, (Zakład higjeny) z dołączeniem: 1) metryki, 2) świadectwa dojrzałości, 3) świadectwa zdrowia, 4) ewentualnych dowodów sprawności fizycznej (w zakresie gimnastyki, sportów itp.), należenia do harcerstwa itp., 5) curriculum vitae, 6) fotografji z adresem zamieszkania. W podaniu należy wymienić, czy kandydat lub kandydatka zamierza odbyć Studjum pełne, czy też uproszczone uczęszczając na inne studja. Termin podań o przyjęcie na Studjum wychowania fizycznego obowiązuje wszystkich kandydatów, to jest także i tych, którzy pragną być przyjęci na Studjum uproszczone. O wyniku podania będą kandydaci zawiadomieni listownie do 15 września 1927 r. — Kandydaci prowizorycznie przyjęci muszą się zgłosić 18 września 1927 r. o godzinie 10 rano w Dyrekcji Studjum ((Lubicz 42, Zakład higjeny) do badania lekarskiego, od którego wyniku będzie zależało przyjęcie definitywne. Studenci Studjum wychowania fizycznego składają takie same opłaty, jak inni studenci Uniwersytetu. W miarę miejsca mogą być przyjmowani wolni słuchacze na zasadzie uchwały Komisji Studjum (n. p. z maturą seminarjalną).

Poznań.

Komitet Organizacyjny IV. Zjazdu Okulistów Polskich podaje do wiadomości Szanownych Kolegów, że termin Zjazdu ogłoszony na październik r. bież. przełożony jest na miesiąc maj roku 1928.

Wilno.

Zarząd Koła Medyków U. S. B. w Wilnie otrzymał od Kierownictwa Kursów Uzupełniających dla lekarzy 400 zł., zebranych z własnej inicjatywy przez grupę przyjezdnych lekarzy na kursach i zgodnie z uchwałą Rady Wydziałowej Zarząd Koła Medyków nabył za tę sumę najbardziej potrzebne podręczniki. Za tą ofiarę Zarząd Koła M. składa serdeczne podziękowanie Szanownym Panom Lekarzom.

Z kraju.

Wobec tego, że Magistrat m. Kalisza, ogłaszając konkurs na stanowisko naczelnego lekarza Szpitali kaliskich, — odrzucił propozycję Związku Lekarzy Obwodu Kaliskiego dopuszczenia do Komisji Konkursowej przedstawicieli Lekarzy (Związku Lekarzy P. P. i Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego), jako sił fachowych i wobec faktu, że o wyborze kandydata na tak poważne stanowisko lekarskie decydować będą ludzie niefachowi — Związek Lekarzy P. P. (Obwodu Kaliskiego) ostrzega Kolegów mających zamiar reflektować na powyższe stanowisko, przed przyjęciem takowego bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Związku Lek. P. P. Obwodu Kaliskiego.

Pożyteczne wydawnictwo. Wyszedł z druku nakładem znanego warszawskiego Biura Ogłoszeń: Teofil Pietraszek, rocznik „Spisu Gazet i Czasopism Rzeczypospolitej Polskiej". „Spis Gazet i Czasopism Rzeczypospolitej Polskiej" obejmuje wszystkie dziedziny życia politycznego, społecznego, artystycznego, sportowego, i t. d., a także wszystkie dziedziny przemysłu i handlu, które posiadają swoje wykładniki w dziennikach, tygodnikach, miesięcznikach oraz biuletynach specjalnych. Oprócz gazet i czasopism, wychodzących poza granicami kraju, podane są wszystkie wydawnictwa polskie wychodzące poza granicami kraju.

Układ „Spisu" dokonany jest w ten sposób, iż uwidocznia rodzaj danego wydawnictwa, adres, kierunek, nazwisko wydawcy, redaktora, rozmiar strony oraz cenę prenumeraty i ogłoszeń. Bez „Spisu Gazet" pod ręką, pomyśleć się nawet nie daje dobrze zorganizowana i celowa kampanja reklamowa. Wdzięczność też należy się ruchliwej i żywotnej firmie p. Teofila Pietraszka za to, że pierwsza w Polsce o wydaniu takiego „Spisu" pomyślała i zadanie kompetentnie i starannie wykonała.

Ze świata.

Międzynarodowe Kursy uzupełniające dla lekarzy odbędą się w Berlinie przy poparciu Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Berlińskiego, staraniem Związku docentów tudzież organizacyj związanych z fundacją Kaiserin Friedrich-Haus. Część tych kursów będzie się odbywać stale, część zaś w czasie od 15 września do 31 października 1927. I. Kursy stałe: a) Kursy specjalne z zakresu wszystkich działów medycyny, połączone z ćwiczeniami praktycznemi, przeważnie 4 tygodniowe. b) Hospitowanie na klinikach, w szpitalach i pracowniach. Kursy te są przeznaczone dla tych lekarzy, którzy mają zamiar przez dłuższy czas (najmniej 2—3 miesiące) pracować pod kierunkiem. Kursy od 15 września do 31 października 1927 będą obejmować: a) Kurs poglądowy z zakresu wszystkich dziedzin medycyny ze szczególnem uwzględnieniem nowoczesnego lecznictwa (14 dni). b) Kurs poglądowy z zakresu chorób żołądka i kiszek. c) Kurs poglądowy z dziedziny chorób dziecięcych. d) Kurs specjalny z zakresu chorób szyi, nosa i uszu. e) Kursy specjalne z zakresu wszystkich działów medycyny, połączone z ćwiczeniami praktycznemi, według osobno wydać się mającego programu. Bliższych szczegółów udziela: Das Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW, Luisenplatz 2—4.

XXVI Kurs uzupełniający dla lekarzy we Wiedniu urządza Wydział lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego w czasie od 26 września do 8 października 1927. Kurs ten będzie się odbywał codziennie od godz. 9—12½ przed i od 4—6 po południu i będzie obejmować wszystkie postępy medycyny ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa dla potrzeb lekarzy prowincjonalnych, a po ukończeniu kursu nastąpi tydzień seminarjalny w czasie od 10 do 15 października. Wszelkich bliższych wyjaśnień udziela: Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät — Wien VIII, Schlösselgasse 22.

Kalendarz Zjazdów.

II naukowy Zjazd lekarzy-dentystów niemieckich — w Norymberdze od 2 do 6 września 1927.

VII Zjazd Internistów polskich w Poznaniu od 26 do 29 września 1927.

I Zjazd Polskich Towarzystw mikrobilogów i epidemjologów w Warszawie w jesieni 1927.

X międzynarodowy Kongres zoologiczny w Budapeszcie od 4 do 9 września 1927.

V Kongres stomatologów francuskich w Paryżu od 24 do 30 października 1927.

XIX Kongres medycyny francuskiej w Paryżu w październiku 1927.

Sprostowania omyłek druku.

1) W ogłoszonej w numerze 21-ym z r. b. Polsk. Gaz. Lek. pracy M. Hryniewiczówny i E. Wasilewskiej p. t.: „O zmianach moczu podczas szczepień ochronnych przeciwpłoniczych metodą Gabryczewskiego w modyfikacji Celarka" na stronicy 391, szpalta 2-ga, w umieszczonej tam tabelce zamiast: I Zmiany moczu ustąpiły, ma być: „I Bez odczynu", zaś zamiast. II Bez odczynu, ma być: „II Zmiany moczu ustąpiły".

2) W numerze 22-gim Polsk. Gazety Lek. z r. b. na stronicy 425, szpalta 2-ga, w notatce Dra A. Nasiłowskiego do Poradnika językowego ma brzmieć zdanie wyjęte ze słownika następujące: „Lecznisko — miejscowość przeznaczona na pobyt dla leczących się, szczególnie miejscowość kąpielowa, zdrojowisko". Dalej odsyłacz umieszczony w wierszu 7-mym notatki przy słowie: lecznik, powinien się znajdować w wierszu 8-mym tego ustępu przy słowie: liljowatych. Wreszcie w wierszu 4-tym od dołu tej samej notatki zamiast: równoznacznikem ma być: „różnoznacznikiem".

3) W numerze 24-tym Polsk. Gaz. Lek. z r. b. na stronicy 471, szpalta 2-ga, wiersz 30-ty od góry zamiast: „od tego co przeprowadzono w powyższej pracy" ma być: „Dowód taki został przeprowadzony w powyższej pracy".

Redakcja otrzymała:

Katalog wydawnictw oficerskiej szkoły sanitarnej i „Lekarza wojskowego" z czerwca 1927.

Giedroyć Fr.: Służba zdrowia w dawnem wojsku Polskiem". Nakładem Ministerstwa spraw wojskowych. Departament sanitarny r. 1927.

L. Zembrzuski: „Złota księga Korpusu sanitarnego polskiego 1797—1918, rok 1927.

Wiktor Reis: „Ein Beitrag zur Brillendarstellung in der Skulptur. Der Teufel in der Brille". Odb. z Archiv für Augenheilkunde. Bd. 98, Heft 1-2 (1927).

A. Radovici: Etudes sur la circulation de l'influx nerveux dans l'arc réflexe. Wyd. Masson et Cie. Paris 1927.

M. Minkowski: „L'état actuel de l'étude des reflexes". Wyd. Masson et Cie. Paris 1927.

G. Haret, A. Dariaux et Jean Quénu: „Atlas de radiographie du système osseux normal". Masson et Cie. Paris 1927.

André Moulonguet: „Les vertiges labyrinthiques". Wyd. Médecine et chirurgie pratiques. Nakł. Masson et Cie. Paris 1927.

Michel Léon-Kindberg: „Le collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire" (Pneumothorax artifficiel, interventions chirurgicales. Wyd. Médecine et chirurgie pratiques. Nakł. Masson et Cie. Paris 1927.

J. A. Sicard et L. Gaugier: „Traitement des varices, par la méthode sclérosante". Wyd. Médecine et chirurgie pratiques. Nakł. Masson et Cie. Paris 1927.

Henri Leclerc: „Les légumes de Franc". Leur histoire, leurs usages alimentaires, leurs vertus thérapeutiques. Nakł. Masson et Cie. Paris 1927.

E. Hoetler: „Die Behandlung der Blutdruckkrankheiten durch den praktischen Arzt". Würzb. Abh. aus d. Gesammtgebiet der Medizin. Neue Folge Band IV, H. G. Curt Kabitsch, Lipsk 1927.

D. Daniélopulo: „L'angine de poitrine et l'angine abdominale. Symptomatologie, étiologie-pathogénie. traitement médical et chirurgical". Wyd. Masson et Cie. Paris 1927.

A. Wizel i R. Markuszewicz: Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenji zimnicą". Odb. z Warsz. Czas. lek. Nr. 7, z r. 1927.

F. Terrien: „Chirurgie de l'oeil et de ses annexes". Wyd. Masson et Cie. Paris 1927.

M. Chiray et I. Pavel: „La vésicule biliaire". Anatomie-Physiologie-Séméiologie-Pathologie-Thérapeutique. Avec le concours de A. Lemon pur la radiologie. Wyd. Masson et Cie. Paris 1927.